THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1914 — N° —

THÈSE

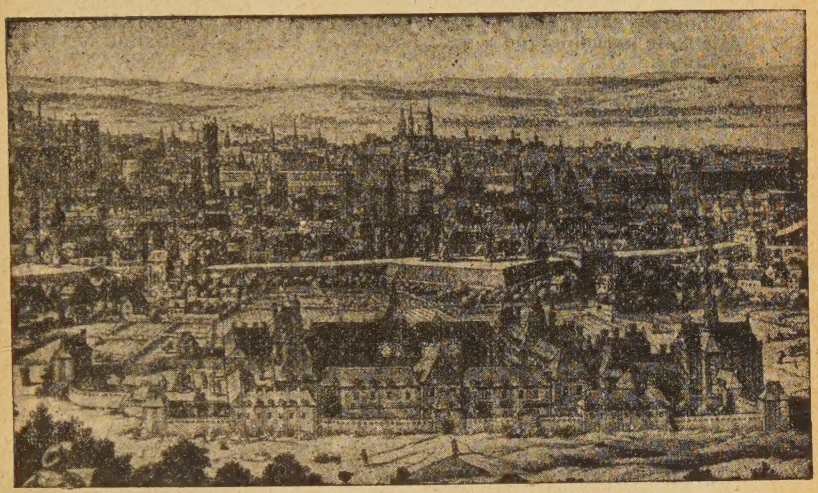
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

V. DRAGOESCO

Né à Tournou-Sèverin (Roumanie), le 22 juin 1881
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique



DE L'ATROPHIE GÉNÉRALE

CHEZ LES

ENFANTS HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

SANS LÉSIONS SYPHILITIQUES APPARENTES

Président : M. Ernest GAUCHER, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, Éditeurs
15, Rue Racine (VIe)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE GÉNÉRAL L. DRAGOESCO

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

51449

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Président de l'Association générale
des médecins de France
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu inspirer ce travail

A MES MAITRES EN DERMATOLOGIE
ET SYPHILIGRAPHIE

MONSIEUR LE DOCTEUR BALZER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BEURMANN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEU LE DOCTEUR GOUGEROT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MUSELIER

Médecin de l'Hôtel-Dieu

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNÉTRIER

Médecin de l'Hôpital Tenon

INTRODUCTION

369

La syphilis frappe tous les âges, mais là où elle détermine ses effets les plus désastreux, c'est chez ceux qui viennent de naître. Aussi a-t-on pu dire : « La syphilis est une grande tueuse d'enfants. »

Cette influence néfaste de la syphilis des parents sur la descendance est le plus grand facteur de la mortalité infantile, et par conséquent de la dépopulation. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les travaux des auteurs qui se sont occupés de cette question. M. le professeur Fournier, d'après ses statistiques, montre que cette nocivité de la syphilis se fait sentir dans plus de la moitié des cas en ville, et dans une proportion de 84, 86 o/o à l'hôpital. Chiffre lamentable, désolant. « Quel fléau », dit-il, à ce seul titre constitue la syphilis pour la société. C'est à un résultat semblable que sont arrivés par leur statistiques, MM. les professeurs Tarnowschy (de Saint-Pétersbourg) et Neumann (de Vienne).

L'influence néfaste de la syphilis héréditaire peut se traduire de différentes façons. Dans la moitié des cas elle provoque la mort du fœtus *in utero* : c'est l'avortement. Elle peut tuer les enfants qui

viennent de naître. Ce sont ces petits, chétifs qui ne sauraient vivre et dont le mal saute aux yeux de tout le monde. D'autres fois les enfants naîtront avec des stigmates de leur syphilis. Mais il y a des cas où la syphilis héréditaire n'est pas franche, elle ne se montre pas, elle se cache pour ainsi dire, l'examen le plus minutieux ne révèle rien, et, ainsi, sans bruit, elle tue les enfants qui paraissent bien portants et bien constitués dans les premiers jours, dans les premières semaines, dans les premiers mois de la vie. Ce sont ces enfants qui dépérissent, qui maigrissent sans cause apparente, qui deviennent atrophiques, athrépsiques, qui feront l'objet et l'étude de notre thèse.

Pour mémoire, il faut rappeler que le terme d'atrophie était tombé dans l'oubli, et que c'est M. le Dr Variot qui le restaura en 1898. « Elle se caractérise par un retard plus ou moins marqué, ou même un arrêt de l'accroissement en poids et en taille » (Variot).

Le terme d'hypotrophie créé par M. Variot, est l'atrophie infantile prolongée, en seconde et troisième année, et qui reconnaît les mêmes causes que l'atrophie. L'athrepsie ne serait que le degré ultime de l'atrophie.

Il faut ajouter que c'est la balance qui révèle l'atrophie chez presque tous les nourrissons porteurs de tares héréditaires.

Avant d'entrer directement dans notre sujet, nous avons un devoir à remplir : c'est celui de remercier

les maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Qu'il nous soit permis de remercier bien vivement et particulièrement notre maître le professeur E. Gaucher, dont nous avons eu l'honneur d'être externe, de toute la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner en toute circonstance, pendant tout le temps que nous avons passé dans son service et dont nous avons suivi plusieurs années les savantes leçons. Qu'il daigne agréer l'hommage de notre vive gratitude.

Nous gardons un profond sentiment de reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux, pendant notre externat: MM. les Drs Lucas-Championnière, Muselier, Guinard, Ménétrier, Balzer et de Beurmann. Qu'ils veuillent bien agréer le témoignage de notre gratitude.

Nous sommes heureux de pouvoir témoigner toute notre reconnaissance à MM. les Drs Variot et Boissard, dont les renseignements et les intéressantes observations ont été précieux pour notre thèse.

Nous remercions profondément le Dr H. Gougerot pour la bonté et l'intérêt qu'il nous a toujours montrés, et pour les conseils et les renseignements qu'il ne nous refusa jamais.

Enfin, nous ne pourrions pas oublier les Drs Giroux, Lévy-Frænkel, Bory, Brin, Cesbron, chefs de clinique de la faculté qui durant notre séjour dans le service de M. le professeur Gaucher, n'ont cessé de nous témoigner leur sympathie et leur bonne amitié.

DE L'ATROPHIE GÉNÉRALE

CHEZ LES

ENFANTS HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

SANS LÉSIONS SYPHILITIQUES APPARENTES

HISTORIQUE

La syphilis a sévi sur toutes les races, comme semble l'indiquer sa nombreuse synonymie : mal napolitain, mal des Français, mal des Allemands, mal des Juifs, etc.

Les Africains aussi n'ont pas été épargnés et maintenant encore en Kabylie il est d'usage de déposer des pilules bleues (pilules mercurielles) dans la corbeille de noces.

Elle a existé de tous temps et l'illustre Ricord répétait toujours avec sa verve plaisante : *Au commencement, Dieu créa le ciel, la terre, l'homme et les maladies vénériennes.* Lanceraux disait: *La syphilis n'a ni âge, ni patrie.*

L'opinion généralement accréditée, tant parmi les médecins que parmi les gens du monde, est que la syphilis, un des plus grands fléaux de l'humanité sans contredit, a été importée en la vieille Europe

par Christophe Colomb à son retour du nouveau continent.

L'illustre Charcot même, dans son intéressant opuscule, en collaboration avec P. Richer (*les difformes et les Malades dans l'Art ; les Syphilitiques et les Lépreux*) s'exprime de la manière suivante : *C'est au* XV^e^ *siècle que la syphilis se montra en Europe et qu'elle sévit d'une façon terrible sous forme d'épidémie virulente au même moment en Italie, en Allemagne et en Angleterre.*

C'est là une erreur par trop enracinée, et il est très juste de laver de ce reproche immérité le nouveau continent qui, tout au contraire, aurait le droit ainsi que toutes les contrées de l'Afrique inexplorées jusque dans ces derniers temps, d'accuser les conquérants de lui avoir apporté, comme cadeaux, les deux tares les plus ignobles de la civilisation moderne: l'alcool et la syphilis.

Cette erreur, datant de la fin du XV^e^ siècle, a eu sa principale raison dans une coïncidence fatale : celle de la découverte de l'Amérique avec une épidémie terrible de syphilis, apparue à Naples, qui obligea les médecins d'Europe, pour la première fois, à se livrer à une étude spéciale sur la maladie de la *Paillardise* comme ils la surnommaient.

En effet, Cristophe Colomb découvrit le Nouveau Monde en 1492 et en 1494 éclata l'épidémie de Naples. Cette épidémie fut terrible, car selon les traditions populaires, tout était syphilitique, le pape, le roi, et l'empereur.

En 1750, Ribeiro Sanchez a fait paraître sa dissertation remarquable sur la maladie vénérienne, dans laquelle il prouve qu'elle n'a point été apportée d'Amérique.

Soubéiran a écrit que les Chinois employaient le mercure contre la syphilis, bien des siècles avant la découverte de l'Amérique.

La syphilis existait au temps de Moïse car il fit égorger 24.000 Hébreux qui avaient eu des rapports avec les filles moabites qui étaient infectées.

David lui-même n'aurait pas été épargné car il chantait sur sa harpe le mal dont il était atteint. La maladie du saint homme Job, décrite dans la Bible, n'aurait été que la syphilis.

Plus tard, Hippocrate, Martial, Celse, Galien, etc., la décrivent sous des noms différents.

Zambaco Pacha a montré, au Congrès international de Médecine de Moscou, que la syphilis existait aux temps des Pharaons ; il trouva parmi les ossements provenant des anciennes Nécropoles, des lésions nettes de syphilis osseuse.

Tout récemment, le Dr Milian (*Paris médical*, 1914, n° 14), à montré que le grand Socrate était un hérédo-syphilitique des plus nets. Il fit ses études sur les innombrables bustes de Socrate dans les divers musées.

Il résulte donc que la syphilis a été créée avec le monde, et que l'hérédo-syphilis, question qui nous intéresse dans la matière, a existé par conséquent

de tous temps, mais elle a été méconnue bien longtemps.

Le premier auteur qui semble signaler la syphilis chez les enfants est Tizio, mais il ne paraît pas soupçonner l'existence de la syphilis congénitale. Torrella et Catanée reprennent la question, surtout au point de vue étiologique, et affirment que le point de départ de l'affection est le lait de la mère. C'est Paracelse, qui, le premier, reconnut l'hérédité syphilitique, et dit que la syphilis peut passer du *père au fils.*

Ambroise Paré semble admettre l'hérédité syphilitique. *Souvent, dit-il, on voit sortir les petits enfants hors le ventre de leur mère, ayant cette maladie, et tost après avoir plusieurs pustules sur leurs corps lesquels étant ainsi infectés, baillent la vérole à autant de nourrices qui les allaitent.*

Pendant le XVI[e] et le XVII[e] siècle, on ne s'occupe exclusivement que de l'étiologie et on laisse complètement de côté les symptômes. Rosen, le premier, décrivit presque complètement la syphilis des nouveau-nés. La question fut reprise vers la fin du XVIII[e] siècle à Paris, lorsqu'on créa un hôpital pour les femmes enceintes affectées de syphilis (Hôpital de Vaugirard). C'est à ce moment-là que parut un important travail de Doublet sur : *les Symptômes et le traitement de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés.* Cet auteur décrit les lésions syphilitiques des nouveau-nés; il mentionne même, que quelque fois ces petits êtres ne présentent pas de

lésions et pourtant, « ils périssent en peu de temps où mènent une vie languissante ». Mais le travail le plus important, c'est celui de Bertin, en 1810. Depuis, de nombreux auteurs se sont occupé de la question ; nous citerons : Ricord, Trousseau, Cazeau qui la discutèrent à l'Académie de médecine ; Gübler qui étudia les lésions du foie chez les hérédo-syphilitiques ; M. H. Roger qui fit sur ce sujet une série de leçons ; puis Diday dont les idées sont restées classiques depuis 1854.

A ces noms, joignons encore ceux de Cullerier, Lasègue, Rollet, Hunter, Vidal, etc., leur nombre est considérable. Tous décrivent les lésions hérédo-spécifiques chez les nouveau-nés, mais aucun ne mentionne cet état particulier des nouveau-nés, venus à terme, de poids normal, dont la seule manifestation syphilitique consiste dans l'abaissement de leur poids avec amaigrissement. Ils parlent presque tous de cette faiblesse congénitale chez certains nouveau-nés syphilitiques, de leur attitude particulière, de leur faciès ridé. Mais il faut arriver à M. le professeur A. Fournier qui, dans ses magistrales leçons, insiste sur « cette inaptitude de la vie » que présentent certains enfants syphilitiques, qui paraissent très bien constitués et ne présentent aucune lésion spécifique cliniquement décelable. Depuis, les travaux se sont multipliés. Il faut citer la remarquable thèse de de Edmond Fournier : *Les Stigmates dystrophiques* de l'hérédo-syphilis, les magistrales leçons du professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, les importants articles de MM. les Drs Boissard, Variot, etc.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

La syphilis est une maladie contagieuse et infectieuse au premier chef. C'est une maladie qui envahit toute l'économie, qui en imprègne toutes les cellules. Comme toute maladie infectieuse, elle présente deux caractères :

Le premier est le caractère morbide, spécifique, qui par le virus spécifique, ses toxines spécifiques, imprègne les cellules constitutives des tissus, les intoxique et détruit particulièrement celles pour lesquelles ces poisons ont une certaine prédilection. Le virus et les toxines mis à jour par les plaies, devenues, par ce fait, spécifiques de cette infection, permettent dès lors la contagion indéfinie des sujets contaminés aux sujets sains.

Le deuxième caractère a rapport à l'influence de l'infection sur la vitalité des tissus, sur leur développement et sur leur transformation évolutive. Ainsi l'infection ayant atteint toutes les cellules et particulièrement les cellules nerveuses, dont nombre sont des cellules tropho-névrotiques, trouble dès lors leur processus vital, les arrête dans leur évolu-

tion, les pousse à l'atrophie et finalement les fait souvent entrer en dégénérescence.

Dès lors il y aura, totalement ou partiellement, trouble dans l'économie et l'on constatera des arrêts de développement, des atrophies des membres, des dégénérescences d'organes, sans pour cela que le germe spécifique ou virus spécial à chaque infection soit la cause spéciale de cette déchéance vitale des tissus ; car toute maladie infectieuse, quelle qu'elle soit en tant qu'affection générale, retentit plus ou moins et suivant son degré de virulence sur l'économie.

Dans toute maladie contagieuse et infectieuse, il faut donc considérer : 1° une affection contagieuse, infectieuse, transmissible, toxinique (?), une maladie spécifique ayant des caractères spéciaux aux micro-organismes producteurs de l'affection ; 2° une maladie dystrophique allant du développement normal des tissus jusqu'à leur déchéance et leur atrophie. Ces deux caractères sont le propre de toutes les maladies infectieuses.

La syphilis, qui est une maladie de longue durée à phénomènes à longue échéance, une maladie contagieuse et virulente de premier ordre, montre chaque jour dans son évolution ces deux ordres de faits : d'un côté la nature spécifique, de l'autre la nature dystrophique de cette morbidité.

En syphilis acquise, la nature spécifique saute à tout instant aux yeux : ce sont l'apparition et la reproduction de plaies, d'érosions, de papules, de

vésicules, etc., toutes plaies minuscules par lesquelles se font les multiples contaminations que nous rencontrons tous les jours. Moins apparent est le caractère dystrophique ; mais néanmoins, il est possible de dire qu'il n'est point de cas où l'on ne puisse le constater à quelque moment de la maladie que ce soit.

Ainsi en période secondaire, chez l'homme adulte, il n'est point rare de constater que les ongles et les poils subissent une sorte d'arrêt de développement, qu'ils subissent une atrophie, qu'ils deviennent cassants ou qu'ils tombent par suite d'atrophie du bulbe ou par rupture dégénérative.

A plus forte raison, ces constatations se montrent plus accentuées encore, lorsque la syphilis acquise évolue sur un jeune enfant en pleine période de croissance. Cette influence nocive dystrophique, en dehors de la maladie spécifique, joue alors un rôle considérable ; elle attaque les tissus en voie d'évolution ou en voie de transformation, les vicie et les fait dégénérer de leur type normal. C'est ainsi que l'on voit des enfants syphilitiques rester petits, malingres, n'ayant que peu de cheveux, présentant un membre ou un organe anormal, ayant peu de vitalité, montrant peu de résistance aux maladies.

Dès lors ces deux facteurs étant reconnus exacts pour la syphilis acquise, ne peut-on la rencontrer dans l'affection héréditaire, dans la syphilis transmise des père et mère aux enfants ?

Cette influence hérédo-dystrophique doit effecti-

vement se manifester chez des enfants dont l'élément toxinique infecte au fur et à mesure de leur apparition les cellules primaires formatives de l'embryon et plus tard les cellules des tissus fœtaux, pour les détourner de leur mode évolutif et vicier leurs formes de transformation.

Les célèbres expériences de Glay et Charrin, celles de Ferré, relatives à l'influence des toxines tétanique, diphtérique, tuberculeuse, de l'alcool, des vapeurs mercurielles, du tabac sur le développement de l'œuf des oiseaux, celles du Dr Morau relatives à l'influence du suc néoplasique, ont surabondamment démontré le trouble profond que peut amener dans l'évolution de l'organisme, la présence anormale de ces différents produits.

MM. Gley et Charrin ont montré que des lapins ou cobayes soumis à l'influence des poisons microbiens donnaient naissance à une progéniture qui présentait toute une série d'anomalies: petits mort-nés ou mourant à brève échéance; retard de croissance, réduction de taille, atrophie, etc.

Il est évident par conséquent, que l'action des poisons microbiens chez les générateurs est capable de faire naître des accidents dans la descendance. Charrin est allé plus loin encore, et s'adresse à la clinique, il constate que chez les enfants issus de mères malades, la croissance s'effectuait beaucoup moins vite et qu'il y avait un certain arrêt dans leur développement. Ces expériences ont été confirmées par le Dr Artault et Ferré. Cela montre une fois de

plus l'action nocive qu'exerce l'infection des parents sur leurs descendants.

Cette influence dystrophique se manifeste fréquemment chez l'enfant hérédo-syphilitique. L'infection syphilitique est tellement persistante, tellement ancrée dans les tissus du père (qui sont du fait de l'infection générale eux-mêmes déjà légèrement amoindris comme résistance) qu'elle rejaillit sur le développement de l'enfant et le vicie en amenant un amoindrissement de vitalité et de résistance vitale ou en esquissant un acheminement (à des degrés proportionnels) vers la dégénérescence ; donc, possibilité de l'influence dystrophique de la syphilis se traduisant chez l'enfant par des différentes modalités, sans que toutefois se produise le passage de l'influx spécifique contagieux du syphilivirus.

La preuve de l'indépendance totale des deux caractères : influx spécifique, influx dystrophique en est : 1° que l'on rencontre des sujets qui, porteurs de lésions dystrophiques et nés de parents syphilitiques avérés, sont toujours restés indemnes de toute manifestation spécifique ; 2° qu'il existe des enfants porteurs de lésions dystrophiques caractérisés et qui ont contracté la syphilis par contamination personnelle; 3° qu'il existe des enfants à lésions dystrophiques issu de parents syphilitiques avérés et qui ont contracté à leur tour une syphilis acquise. Donc tout dystrophique d'origine hérédo-syphilitique n'est point forcément syphilisé.

Edmond Fournier, dans sa thèse, a résumé d'une

manière très précise l'enseignement du professeur Fournier en montrant ce double retentissement de l'infection sur l'organisme :

« 1° La transmission de la syphilis en nature, en substance de l'ascendant au descendant ;

2° La transmission de l'ascendant au descendant de divers caractères pathologiques n'ayant plus rien de syphilitique en soi et consistant soit en des infériorités natives de constitution, de tempérament, de résistance vitale, soit en des retards, des arrêts, des imperfections, voire des déviations du développement physique ou intellectuel soit en des malformations ou incorrections organiques, soit même en des monstruosités véritables.

La première de ces hérédités constitue l'hérédité syphilitique proprement dite. La seconde a reçu les noms divers, mais synonymes, d'hérédité parasyphilitique, dystrophique, toxinique (?). Ces deux modalités de l'hérédité spécifique n'ont rien d'incompatible de l'une à l'autre, et en effet, on les observe souvent associées sur un même sujet ; mais elles sont indépendantes et peuvent s'exercer isolément. »

Dans quel ordre apparaissent ces deux sortes de transmission ?

Il n'y a aucune règle. Elles apparaissent tantôt successivement, tantôt simultanément ; tantôt il n'y a qu'une seule transmission qui se manifeste. Par conséquent, rien de précis.

Les arrêts, les imperfections de développement, les malformations de l'hérédité dystrophique d'ori-

gine syphilitique affecteront certains degrés en même temps que certains types et seront désignés sous le nom de *stigmates dystrophiques* d'origine syphilitique. Les lésions syphilitiques ou du moins les cicatrices apparentes et les viciations organiques dues au virus propre de la syphilis et qui affectent chez les hérédo-syphilitiques de préférence certaines zones certains organes, recevront la dénomination de *stigmates spécifiques* de l'hérédo-syphilis.

La syphilis maladie spécifique, ne se restreint pas à des manifestations et à des lésions d'ordre spécifique, elle « ne fait pas que la de syphilis ». Elle ne réagit pas seulement sur ses victimes en tant que maladie spécifique et de par son virus propre, sa toxine propre ; elle réagit aussi sur elle en tant que maladie générale, et cela par la perturbation profonde qu'elle importe dans l'organisme, par le tempérament qu'elle modifie, la santé qu'elle altère, etc. Ces influences, d'un autre ordre, d'un ordre non spécifique, se traduisent souvent par telles ou telles manifestations morbides qui, pour être issues de la syphilis comme origine, n'ont plus rien de syphilitique comme nature. « Pour ma part, une des convictions qui est le plus solidement implantée dans mon esprit, c'est que la syphilis n'est pas seulement une affection à symptômes et lésions syphilitiques, mais aussi une maladie générale vulgaire, qui peut, à ce titre, faire tout ce que fait une maladie de ce genre. A ce titre, donc, c'est une maladie qui, par la réaction qu'elle exerce sur l'organisme, est susceptible

d'éveiller, à côté de ses troubles propres, des troubles divers, par exemple, de s'en prendre à ce qu'on appelle vulgairement « la santé », d'amoindrir la résistance vitale, de retentir sur le développement, de créer des déchéances organiques et des prédispositions morbides, de constituer en un mot toute une catégorie d'accidents qui ne sont plus de la syphilis, mais qui en sont des dérivés indirects » (Fournier).

Avant d'aller plus loin, rappelons que toutes les maladies infectieuses générales peuvent produire des stigmates dystrophiques, que ces stigmates ne sont pas l'apanage de la syphilis et de l'hérédo-syphilis, mais aussi, par contre, que la syphilis étant la plus infectieuse de toutes les morbidités et l'une des plus fréquentes aussi, il s'ensuit que la plupart du temps, les stigmates dystrophiques la reconnaissent pour origine.

Voyons maintenant de quelle manière se traduit l'influence héréditaire de la syphilis?

Par des manifestations essentiellement multiples et variées :

1° La mort du fœtus pendant la grossesse ;

2° Accidents de syphilis proprement dits ;

3° La naissance d'enfants avant terme, chétifs, qui ne sauraient vivre ;

4° Troubles dystrophiques, généraux ou partiels ;

5° Malformations congénitales ;

6° Prédispositions morbides ;

7° Mais aussi, la naissance d'enfants à terme, de poids normal, ou à peu près, d'apparence bien

constitués, qui, sans cause appréciable, perdent de leur poids.

C'est sur ces derniers cas que nous voulons insister. Il s'agit de ces enfants, nés à terme, d'un poids normal, bien constitués, sans accidents syphilitiques : rien ne pourrait faire soupçonner l'hérédo-syphilis. Et cependant, ces enfants, sans troubles digestifs, prenant un lait de bonne nature, en quantité suffisante, perdent chaque jour de leur poids, maigrissent, s'atrophient et meurent au bout de quelques jours, quelques semaines, sans qu'on puisse attribuer une cause à cette mort.

Par quel mécanisme se fait cette désassimilation, cette déperdition de poids qui aboutit à l'atrophie ?

Nous savons, de ce qui précède, que la syphilis agit de deux façons sur les nouveau-nés : d'abord comme maladie propre, par les lésions spéciales sur les différents viscères, puis comme maladie générale en tant que maladie infectieuse. En effet, dans les cas suivis de mort, que nous publions et où l'autopsie a pu être faite, on trouve souvent des lésions caractéristiques de syphilis. Mais dans d'autres cas, on ne trouve rien, absolument rien.

« Ils meurent sans avoir une raison anatomique pour mourir. C'est que ces enfants, en raison du vice originel qui pèse sur eux, ne sont pas constitués viables ; c'est qu'en raison d'une certaine dystrophie générale, ils ne reçoivent pas le degré de force, d'énergie, de résistance organique qui rend apte à la vie ; c'est qu'ils sont comme enrayés dans leur

développement vital par une sorte de dystrophie native » (A. Fournier).

Provenance de l'hérédité syphilitique

De qui dérive l'hérédité syphilitique ?

Suivant que la syphilis provient de l'un ou de l'autre des ascendants ou des deux à la fois, elle sera dite d'origine paternelle, maternelle ou mixte.

Hérédité paternelle. — Cette origine est admise lorsque la mère, n'étant pas contagionnée directement par le mari, accouche d'un fœtus syphilitique. Elle a été niée par certains auteurs, Mireur, Adam, Boulenger qui s'appuient sur ce fait que le sperme n'est pas virulent et que son inoculation a toujours donné des résultats négatifs. Cet argument n'est pas valable, car, dans les inoculations expérimentales, le sperme n'agit que comme un liquide inerte et non comme agent fécondant.

Par contre, Trousseau, Depaul, Moze admettaient la transmission directe de la vérole paternelle au fœtus.

Dans la syphilis paternelle, la mère n'échappe pas à la contamination, mais ce n'est que secondairement, par l'intermédiaire du fœtus, qu'elle est infectée. L'infection se ferait au niveau d'un chancre utéro-placentaire (Fraenkel) ou directement par voie sanguine (Diday).

La contamination de la mère peut se manifester

d'une façon évidente : c'est alors que la syphilis conceptionnelle est caractérisée par l'absence d'accident primitif (syphilis décapitée) et l'apparition d'emblée, vers le troisième mois de la grossesse, d'accidents secondaires.

D'autres fois, au contraire, on ne trouve chez elle aucune manifestation syphilitique. L'infection n'en existe pas moins, mais elle est à l'état latent.

Une preuve en est fournie par la lois de Baumès-Colles : *Une mère ne peut être contagionnée par son enfant même porteur de lésions virulentes.*

Cette immunité ne s'explique guère, à moins d'admettre que la mère est déjà syphilitique.

Les faits de syphilis héréditaire par imprégnation sont également en faveur de cette infection latente de la mère.

Une mère ayant eu un enfant syphilitique d'un premier mari, sans avoir été contagionnée directement par celui-ci, peut concevoir d'autres enfants syphilitiques d'un deuxième mari indemne de toute syphilis.

Ici encore, il faut recourir à l'ypothèse d'une syphilis latente pour pouvoir expliquer ces faits.

Fournier donne dans sa statistique 103 grossesses, dans lesquelles, les mères étant indemnes, les pères seuls étaient syphilitiques. Les grossesses ont donné :

19 enfants vivants syphilitiques ;

41 enfants mort-nés ;

43 enfants morts peu après la naissance.

On a dit que la syphilis transmise à l'enfant par

le père, sans contamination préalable de la mère, était impossible.

En réalité, le père peut transmettre directement sa syphilis. Le mécanisme intime de cette transmission semble s'expliquer, maintenant que nous connaissons l'agent spécifique de la vérole.

Nombreuses ont été les recherches du tréponème dans le sperme des syphilitiques ; la plupart ont donné des résultats négatifs.

Néanmoins, les deux cas positifs observés par Finger et Landsteiner sont suffisamment concluants pour pouvoir affirmer que, dans certaines conditions difficiles à préciser, le sperme peut contenir le virus syphilitique ; dans ces conditions, la contamination serait d'origine spermato-ovulaire.

L'enfant peut donc être contaminé par le virus syphilitique paternel ; mais la mère, étant saine, ne sera-t-elle pas contaminée à son tour par son enfant ? L'enfant, dans ces conditions, sert d'intermédiaire pour contaminer sa mère.

La transmission de la vérole paternelle au rejeton se fait très certninement par la voie spermatique d'autant plus que le générateur n'offre pas de manifestations spécifiques contagieuses au moment de la conception. Quant à la voie par laquelle se fait cette transmission spermatique de la vérole, il est difficile de la préciser actuellement.

D'après Levaditi : *La pénétration du tréponème dans l'ovule, facilitée peut-être par celle du spermatozoïde, est probable, mais il n'est pas impossible*

que le sperme puisse contaminer l'enfant par l'intermédiaire de la mère.

En effet, l'agent pathogène peut envahir l'organisme maternel soit par une érosion des muqueuses vaginale ou utérine, soit encore par l'intermédiaire des trompes et de la cavité péritonéale. Toutefois ce dernier trajet paraît improbable, puisque, d'après les expériences de Neisser, l'injection intra-péritonéale du virus spécifique reste sans effet et ne confère aucune immunité.

La première de ces hypothèses paraît la plus rationnelle, d'autant plus que l'examen microbiologique de l'ovule des nouveau-nés hérédo-syhilitiques a montré à Wolters et à Levaditi et Sauvage, la présence de nombreux tréponèmes dans les ovocytes, prouvant ainsi que ces parasites sont capables d'envahir les cellules germinatives.

La mortalité infantile dans la syphilis originelle paternelle, la mère étant saine, est moindre que pour celle d'origine maternelle, elle serait de 25 o/o d'après le professeur Fournier. D'après Gastou, cette mortalité reste sensiblement la même aux différentes périodes de la syphilis paternelle ; elle atteint son maximum lorsque celle-ci est virulente.

« L'enfant hérite de la syphilis en nature, surtout dans la période virulente. Plus la syphilis paternelle vieillit, moins la syphilis en nature est fréquente. »

Hérédité maternelle. — Deux cas sont à considérer, suivant que la femme est infectée au cours de la

grossesse ou qu'elle était déjà syphilitique au moment de la conception :

1° *Syphilis maternelle post-conceptionnelle.* — Lorsque la mère est contaminée vers la fin de la grossesse (à partir du septième mois), la règle est que l'enfant reste indemne. En conséquence, il peut être contagionné par sa mère après l'accouchement. Il fait, dans ce cas, exception à la loi de Profeta : *Un enfant né d'une mère syphilitique ne peut être contaminé par elle.*

En réalité, cette immunité vis-à-vis de la mère n'existe que si l'enfant a déjà été infecté *in utero.*

Dans la première moitié de la grossesse (jusque vers la fin du cinquième mois), la transmission de la syphilis de la mère au fœtus est presque fatale. Du sixième au septième mois de la grossesse existe une période intermédiaire, douteuse, où l'enfant peut être ou ne pas être contaminé.

L'infection se produit par transmission directe par voie sanguine de la syphilis de la mère à l'enfant.

2° *Syphilis maternelle anti-conceptionnelle.* — Ce sont les cas les plus fréquents.

L'infection du fœtus se fait par contagion utéro-placentaire ; l'ovule se trouve infecté primitivement et l'embryon reçoit par le placenta le sang maternel, plus ou moins riche en spirochètes. Cette hypothèse a été confirmée par les recherches positives du parasite dans le placenta des femmes syphilitiques.

Du placenta, le virus syphilitique est transporté par la veine ombilicale dans le foie, puis dans tout

l'organisme. C'est donc une infection par voie sanguine.

En résumé, la syphilis maternelle peut exister avant la conception, ou être contractée pendant la grossesse, c'est-à-dire après la conception.

Les résultats obtenus, ces dernières années, soit par la recherche du spirochète, soit par la réaction de Wassermann, ont porté un grand nombre d'auteurs à admettre la transmission presque exclusivement maternelle de la vérole ; la balance penche en faveur de la contamination du fœtus par l'intermédiaire du placenta et non par l'ovule ou le spermatozoïde (1).

Les femmes que nous considérons comme saines ou simplement suspectes, parce que l'interrogatoire et l'examen physique ne nous révèlent rien de spécifique, sont parfois des syphilitiques avérées.

La réaction de Wassermann l'a prouvé en maintes circonstances.

Hérédité mixte, paternelle et maternelle à la fois. — Les effets se surajoutent, l'infection fœtale étant à la fois ovulaire et sanguine, la mortalité serait encore plus grande : 65 o/o d'après le professeur Fournier.

Modificateurs de l'influence hérédo-syphilitique

Quelles sont les conditions qui peuvent modifier l'influence hérédo-syphilitique ?

---

1. Bab, *Zeitsch. f. Geburtsk. u. Gynækol.* Bd. LX, 1907, Heft, 2.

Influence du temps. — Une condition toute-puissante pour modifier l'influence héréditaire de la syphilis, c'est l'âge même de la maladie. C'est un fait remarqué de vieille date, que l'influence héréditaire de la syphilis subit, avec le temps, une décroissance progressive. Mon maître Gaucher dit : « Le meilleur cicatrisant de la syphilis est le temps. » Cette atténuation progressive, exercée par le temps sur l'influence hérédo-syphilitique, se voit souvent dans une série de grossesses de la même femme, et qui n'a subi aucun traitement.

« Il semble que le virus syphilitique s'épuise sur les premières générations » (Simon).

D'abord l'influence héréditaire commence par tuer les enfants ; c'est l'avortement ; puis les tuer encore, mais plus tard, si bien que la grossesse se prolonge à un terme plus ou moins avancé ; puis les laisser naître à terme, mais à l'état de petits êtres chétifs ; puis leur permettre de naître, syphilitiques, mais capables de résister à leur syphilis, etc., et finalement s'éteindre, au point que des grossesses ultérieures ne donnent plus naissance qu'à des enfants vivants et indemnes de syphilis.

D'après M. Fournier, l'influence hérédo-syphilitique, qui s'exerce d'une façon très inégale, aux divers âges de la maladie, comporte un maximum qui correspond environ aux trois premières années de l'infection ; que, *ce maximum de ce maximum* répond au plus jeune âge de la maladie, c'est-à-dire à sa première année ; et, qu'au dela des trois pre-

mières années de la maladie, la décroissance de l'influence héréditaire de la maladie se continue encore les années suivantes, mais d'une façon infiniment moins marquée.

Influence exercée par le traitement. — Cette influence est considérable. « Il (traitement) constitue par excellence un correctif, un neutralisant de l'influence héréditaire de la syphilis ». Cette action corrective, neutralisante du traitement sur la syphilis héréditaire s'exerce dans toutes les conditions possibles de provenance héréditaire, c'est-à-dire quelle que soit la source d'où dérive cette hérédité, que celle-ci provienne ou du père ou de la mère ou des deux parents à la fois.

Influence combinée du temps et du traitement. — C'est la meilleure sauvegarde pour neutraliser les effets de l'hérédité syphilitique. M. Fournier dit : « un sujet syphilitique, qui ne s'est marié que longtemps après le début de la syphilis et qui, de plus, s'est traité méthodiquement, patiemment et longtemps, n'est jamais un père dangereux pour ses enfants.

SYMPTOMES

Quels sont les symptômes ?

Les enfants après s'être accrus d'une façon à peu près normale pendant quelques jours, quelques semaines se mettent à « ne plus profiter » suivant l'expression vulgaire, ils restent stationnaires comme poids, « font plateau » pendant un temps variable et puis déclinent.

Ces enfants examinés, ne présentent absolument rien de particulier. Dans certains cas en pensant à la syphilis, on palpe le foie, la rate, mais là non plus, rien.

On nourrit l'enfant au sein ou au lait stérilisé comme les autres nouveau-nés et pourtant on est frappé par la courbe descendante du poids.

Si l'on examine alors l'enfant pour chercher la cause de cette perte de poids, que trouve-t-on ?

Du côté de l'appareil digestif aucun symptôme.

L'enfant tète avec appétit et prend 40 à 50 gr. de lait par tétée. Le lait ingéré est toléré par l'estomac, il n'y a ni vomissement, ni diarrhée, sauf en cas de suralimentation, ce qui se produit fréquemment, car, en face de cette perte de poids quotidienne

que rien ne semble expliquer, on est tenté d'incriminer une insuffisance alimentaire.

Les gardes-robes sont normales, jaunes, liées, sans caillots.

Si on déshabille l'enfant, il paraît absolument bien portant, du moins dans les premiers jours, la peau est souple, non plissée et conserve sa couleur normale : pas d'ictère, pas d'éruption. L'enfant crie normalement et réagit contre les excitations extérieures. Rien du côté des muqueuses.

L'auscultation du cœur et des poumons ne dénote rien de particulier. La température est normale.

En résumé on est en présence d'un enfant sans maladie appréciable et qui, cependant, dépérit.

On essaye alors ; soit d'augmenter la ration de lait, soit de changer le mode d'alimentation (lait d'ânesse, lait stérilisé, etc.,) on ordonne des frictions d'alcool, des massages, du rhum, etc... rien n'y fait, la déperdition continue de se faire de jour en jour. Il est bien évident que l'état général ne reste pas longtemps satisfaisant et que cette descente de poids amène assez rapidement des changements dans l'aspect du nouveau-né.

L'amaigrissement survient, la peau se plisse les sutures du crâne se rétrécissent. L'enfant prend alors de plus en plus l'aspect de ces petits vieux, des athrepsiques, « à face ridée, à peau terreuse, bistrée, flasque, plissée et trop grande pour ce qu'elle contient », et finalement ils meurent, soit lentement, soit emportés par une maladie intercur-

rente, le plus souvent la broncho-pneumomie. Dans certains cas les choses marchent encore plus rapidement, l'atrophie est très rapide, en quelques jours.

Si le médecin, frappé par cette perte de poids avec amaigrissement que rien n'explique, examine soigneusement la mère, s'il découvre le moindre symptôme antérieur, la moindre particularité dans les accouchements précédents ou dans l'accouchement récent qui puisse lui faire soupçonner une syphilis plus ou moins ancienne, s'il croit par suite qu'il a à faire à un hérédo-syphilitique et s'il applique le traitement intense, il verra souvent la courbe de poids augmenter progressivement et l'enfant revenir, pour ainsi dire, à la vie. Avant de terminer, rappelons quelle est la manière de pratiquer les pesées.

L'enfant doit être pesé nu, après l'avoir préalablement lavé et essuyé, on le mettra dans la balance sur un linge de flanelle chaud pour qu'il ne se refroidisse pas. On emploie la balance ordinaire ou le pèse-et-toise-bébé de Variot qui permet, à la fois, d'avoir le poids et la taille.

Les courbes sont prises sur des feuilles spéciales qui sont entre les mains des accoucheurs et des médecins d'enfants. Rappelons encore que, à l'état normal, l'enfant perd de son poids pendant les deux premiers jours qui suivent la naissance. Cette diminution est variable suivant le volume de l'enfant, selon que, avant de le mettre au sein, on l'alimente ou on ne l'alimente pas. Cette déperdition est due surtout à

l'expulsion du méconium et de l'urine, à l'exhalation pulmonaire et à la respiration cutanée. Variable, elle est en moyenne, lorsqu'on ne nourrit pas l'enfant pendant les deux premiers jours, de 150 grammes.

DIAGNOSTIC

Comment donc dépister cette syphilis d'autant plus grave qu'elle est plus cachée, comment, en l'absence de tous symptômes, faire le diagnostic d'hérédo-syphilis ? Dans un cas pareil l'on pourra penser quelquefois à la possibilité de la syphilis héréditaire, si l'on est averti de la maladie des parents. Mais si l'on songe combien, pratiquement, la syphilis des parents est ignorée du médecin, combien elle passe souvent inaperçue sans laisser de traces, l'on verra que dans bien des cas, il sera difficile de faire un diagnostic exact et d'appliquer par suite un traitement. On pourrait penser à faire la réaction de Wassermann. Mais quand on songe à son inconstance, on est obligé de poursuivre plutôt les investigations cliniques et ne pas s'appuyer sur elle. « La réaction de Wassermann n'a pas résolu complètement la question. S'il reste acquis qu'une réaction de Wassermann positive a une valeur presque absolue, on sait aussi que chez le jeune enfant hérédo-syphilitique cette réaction peut être négative et même qu'elle l'est assez souvent » (Burnier).

Nous éliminerons d'abord les enfants nés avant terme ou présentant des accidents syphilitiques. Nous ne parlerons pas non plus des nouveau-nés, chétifs et malingres, qui naissent avec le facies amaigri et souffreteux de petits vieillards qui n'ont aucun désir de vivre ; ce sont des débiles, des cachectiques congénitaux, ils n'entrent pas dans le cadre de notre sujet. Nous n'avons en vue que ces enfants, nés à terme, de poids normal, ou à peu près, qui, sans cause apparente, à un moment donné, périclitent, deviennent athrepsiques. Comment donc pourra-t-on établir le diagnostic ?

Voilà un nouveau-né, bel enfant, qui prend 40 à 50 grammes à chaque tétée, ses garde-robes sont bonnes, il n'a ni diarrhée, ni vomissement. Comment donc savoir que cet enfant est malade puisqu'il ne présente aucun symptôme ?

C'est ici que l'on reconnaîtra l'importance des pesées journalières. Grâce à elles, en effet, un simple coup d'œil jeté sur la courbe permettra de voir qu'il se passe quelque chose d'anormal dans son organisme.

Il faudra donc examiner avec soin l'enfant et la mère, rechercher chez chacun d'eux si l'on ne trouvera aucune explication de ce dépérissement.

Les causes qui peuvent amener une chute de poids de l'enfant sont nombreuses, nous allons rapidement les passer en revue.

L'on devra tout d'abord s'assurer qu'aucun vice de conformation n'existe chez l'enfant, il faudra

examiner avec soin les gardes-robes et voir s'il n'existe pas de diarrhée ; peser l'enfant avant et après chaque tétée et s'assurer qu'il prend une quantité de lait suffisante et de bonne nature. On prendra la température de l'enfant, on auscultera les poumons pour rechercher s'il n'existe pas de maladies inflammatoires, le cœur pour s'assurer qu'il n'y a pas de lésions. L'on sait combien le coryza empêche la déglutition et l'allaitement, il faudra donc le rechercher, examiner la bouche de l'enfant, voir s'il n'y a pas de muguet.

Si l'examen est négatif du côté de l'enfant, il faudra examiner la mère, voir s'il n'existe pas de son côté un état pathologique qui pourrait expliquer la diminution du poids. Tout d'abord il faut rechercher l'état des parents et surtout de la mère au point de vue infection et intoxication ; car il ne faut pas croire que cette descente de la courbe de poids qui aboutit à l'atrophie, à l'athrepsie, soit particulier à l'hérédo-syphilis, et qu'on peut accuser de syphilis héréditaire tout athrepsique offrant l'image du petit vieux.

Ce n'est là qu'un signe avancé qui peut reconnaître d'autres tares héréditaires que la syphilis : hérédité tuberculeuse, hérédité alcoolique, hérédité saturnine, hérédité nicotinique, en somme toutes les intoxications chroniques, médicamenteuses ou professionnelles.

Tares, qu'il faut dépister par un interrogatoire minutieux et un examen sérieux. Ensuite, on por-

tera ses recherches du côté des seins. Il faudra s'assurer que la quantité de lait est suffisante, qu'il n'y a pas d'abcès, pas de lymphangite, il faudra avoir soin de presser sur le sein pour voir s'il n'y a pas de galactophorite. Quand on aura éliminé toutes ces causes et que rien, ni chez la mère, ni chez l'enfant, n'aura pu rendre compte de la déperdition de ce dernier, nous croyons qu'on sera en droit de penser à la syphilis et d'instituer le traitement.

Quand on se trouvera par conséquent en présence de nouveau-nés dont rien n'explique la déperdition, on devra toujours penser à la syphilis. Il faudra donc rechercher tout ce qui pourra confirmer cette idée, on interrogera soigneusement la mère, on recherchera d'abord si elle ne présente pas de traces de syphilides cutanées ou muqueuses, on examinera les ganglions inguinaux et cervicaux. On interrogera la région du cou pour voir si l'on ne trouve pas de traces de syphilides pigmentaires, on cherchera les cicatrices anciennes, les exostoses, on regardera la bouche. Si le résultat est négatif, on interrogera habilement la femme pour tâcher de dépister la syphilis. Disons tout de suite que dans la plupart des cas on ne trouvera rien, car il est bien rare que la femme avoue cette maladie qu'elle considère comme honteuse. M. Fournier l'a très bien dit dans ces termes : « Sachez bien ceci, pour votre gouverne, sauf exceptions rares, une femme n'avoue jamais la vérole même à son médecin ».

N'oublions pas d'ailleurs que la femme ignore,

souvent la syphilis dont elle est atteinte et qu'en maintes occasions, elle la nie de bonne foi.

Dans bien des cas l'on ne trouvera pas d'antécédents nets de syphilis, mais il est un point qui pourra devenir très important, c'est d'interroger la femme au point de vue de ses grossesses antérieures.

En effet, dans un certain nombre, l'on trouvera un ou plusieurs avortements ou enfants mort-nés et macérés ; on sait en effet, combien la syphilis a une action meurtrière sur le produit de conception.

On s'inquiétera, en outre de la santé des autres enfants, une série de morts en bas âge doit également éveiller le doute dans l'esprit du praticien. Enfin, l'on n'oubliera pas que l'hydramnios et un placenta volumineux et blanchâtre sont d'origine spécifique et l'on dirigera ses investigations de ce côté. En un mot, l'on recherchera le moindre signe qui puisse être rapporté à la syphilis.

Du côté du père, les mêmes précautions doivent être prises, il faut employer une certaine habileté pour pouvoir arracher quelque chose qui puisse être rattaché à la syphilis, car souvent, pour ne pas dire toujours, la femme méconnaît la syphilis du mari. On tâchera enfin, de faire la réaction de Wassermann aux deux époux, car elle pourrait donner des indications importantes. Mais si cette réaction est négative complètement, faut-il s'arrêter-là ? Assurément, non. Notre maître Gaucher dit : « les faits négatifs ne prouvent rien en médecine ». Par consé-

quent, il ne faut pas éliminer toute idée de syphilis et renoncer au traitement.

La courbe descendante de poids, que rien ne fait expliquer, est par elle-même, presque un symptôme de syphilis. C'est là un fait observé depuis longtemps. MM. Boissard et Devé dans une communication à la Société d'obstétrique de Paris (1904) ont insisté sur la valeur diagnostique de la courbe alimentaire chez les hérédo-syphilitiques.

« De nos recherches, disent ces auteurs, nous avons été amenés à penser que cet état paradoxal (entre la quantité de lait ingéré et la courbe alimentaire) pouvait être la manifestation d'une tare de la syphilis héréditaire atténuée qui ne serait caractérisée que par cette dystrophie ou inaptitude à augmenter de poids.

» Nous pensons donc que si, sans cause apparente ou cliniquement appréciable, on voit ces enfants diminuer progressivement de poids, malgré le régime le mieux institué, malgré les changements apportés dans la nature, qualité ou quantité de lait, nous pensons qu'on est en droit, non seulement de soupçonner une syphilis héréditaire atténuée, mais de l'affirmer même en l'absence de manifestations spécifiques chez la mère et chez l'enfant.

» La preuve que l'on se trouve bien en face d'une syphilis héréditaire atténuée, en quelque sorte latente, est fournie par les succès que donne le traitement mercuriel et confirmée par les échecs éprouvés par sa suppression ».

Sans que nous soyons si catégoriques, car dans les atrophies hérédo-syphilitiques d'origine dystrophique, le traitement n'a pas de prise, nous pensons qu'il doit, toujours, être institué et d'une façon précoce sans attendre la période cachectique,où l'enfant est perdu, voué à une mort certaine.

TRAITEMENT

LE TRAITEMENT DOIT ÊTRE CURATIF ET PROPHYLACTIQUE

Traitement curatif. — C'est le mercure. Il doit être institué immédiatement, le diagnostic aussitôt fait. Il faut se souvenir, en effet, de la rapidité foudroyante avec laquelle certains enfants, hérédo-syphilitiques, diminuent de poids. Il ne faut donc pas perdre un temps précieux, sous peine de voir l'enfant mourir. Il y a donc nécessité d'instituer de bonne heure ce traitement et de ne pas attendre que l'enfant ait trop diminué de poids.

Voyons maintenant de quelle manière peut-on administrer le mercure ? De trois manières :

Par ingestion, frictions ou injections.

La voie buccale, la plus employée, est préférable aux deux autres, parce qu'ainsi on est sûr de l'absorbstion et que les troubles digestifs qu'elle peut occasionner sont ordinairement minimes, en comparaison des inconvénients et des dangers des injections. Naturellemeut, on doit avoir recours aux préparations liquides, les enfants n'acceptant pas les formes pilulaires.

Généralement, on se sert de la liqueur de Van Swieten, solution renfermant :

Eau.....	900	grammes
Alcool	100	—
Sublimé corrosif.....	1	—

C'est donc une solution au millième, dont un gramme renferme un milligramme de sublimé. La dose pour les adultes est d'une cuillerée à soupe ou 20 grammes, contenant 0 gr. 02 de sublimé. Chez le nouveau-né, on commence généralement par deux fois X gouttes, soit au total un milligramme de sublimé par jour, dose que l'on augmente progressivement. Après cinq ou dix jours, on donne trois fois X gouttes ; au bout de quinze, quatre fois X gouttes. De huit mois à un an, trois fois XV gouttes. Ce qu'il faut rappeler, c'est la nécessité de fractionner les doses (Gaucher). C'est de cette manière seulement qu'agisssent efficacement un certain nombre de médicaments ; il y a là une loi thérapeutique inéluctable, dont la méconnaissance exposerait à des insuccès inouis, alors qu'un succès facile peut s'obtenir avec des doses parfois moindres que celles que l'on avait tout d'abord administrées en une seule fois. Ces faits ne sont pas exceptionnels ni spéciaux à l'enfance. C'est ainsi, par exemple, que l'extrait thébaïque peut parfaitement ne pas procurer le sommeil, sous forme de pilule de 0 gr. 05 chez l'adulte, alors que cet effet se produira à la suite de trois pilules de 0 gr. 01 administrée d'heure en heure. Cette posologie par

doses fractionnées a, de plus, l'avantage d'éviter plus aisément les accidents d'intolérance.

L'emploi du sublimé peut donner lieu à des troubles digestifs : vomissements, diarrhée. L'alcool qui entre dans cette préparation paraît jouer un rôle dans ces accidents. Aussi, depuis longtemps, notre maître Gaucher lui a substitué, en thérapeutique infantile surtout, mais même chez l'adulte, dans certains cas, *le lactate de mercure*. Ce sel donne une solution inodore et insipide que les malades acceptent facilement. Le lactate de mercure a été préparé pour la première fois avec M. Lextait, pharmacien de l'hôpital Saint-Antoine. Voici les indications que donne, au sujet de cette préparation. M. Desmoulière, chef de laboratoire de Saint-Louis : dissoudre 5 gr. 07 de bichlorure de mercure dans une quantité suffisante d'eau distillée (solution saturée), et verser dans une solution de potasse caustique pure en léger excès, pour préparer, d'abord, l'oxyde jaune de mercure. Après un repos de quelques instants, décanter la liqueur jaunâtre sur un filtre, recommencer plusieurs fois à laver jusqu'à neutralité des eaux de lavage au tournesol. Prendre, d'autre part, 5 grammes d'acide lactique, y ajouter 100 centimètres cubes d'eau distillée, et faire bouillir une demi-heure afin de détruire les anhydrides. Après refroidissement, dissoudre l'oxyde jaune précédemment obtenu à l'aide de cette solution lactique que l'on verse peu à peu, en évitant toute élévation de température. Théoriquement, la quantité d'acide lac-

tique nécessaire pour dissoudre l'oxyde de mercure fourni par 7 gr. 17 de biclorure est de 4 gr. 68. Pratiquement, un léger excès sera presque toujours nécessaire pour arriver à la dissolution totale. On fera disparaître cet excès en versant goutte à goutte une solution de soude diluée, jusqu'à formation d'un très léger trouble. On complète le volume de 10 litres en ajoutant de l'eau distillée filtrée. On obtient ainsi une solution très limpide présentant une odeur faible, mais pas de goût.

Ce lactate neutre mécanique, qui doit seul être usité, à l'exclusion de lactates mercureux, impurs, à une teneur en mercure plus faible que le sublimé. Nous l'employons cependant en solution au millième comme la liqueur de Van Swieten.

Pour éviter plus sûrement les troubles digestifs d'intolérance, nous recommandons de faire ingérer la solution avec le lait de la mère.

M. le Dr Variot donne de préférence la poudre grise (*grey powder*). C'est le mercurium cum creta. Elle contient 33 o/o de mercure et 67 o/o de craie ; c'est donc un tiers de mercure dans deux tiers de craie. Cette poudre est d'un gris clair et mat. Les doses sont jetées dans le biberon ou délayées dans une cuillerée de lait. On ordonne 1/4 de grain de poudre grise ; pour les nouveau-nés, c'est-à-dire 1 cgr. 5 (car le grain équivaut à peu près à 0 gr. 06) auquel on ajoute 3 cgr. 1/2 de sucre de lait pour augmenter le volume. Cette dose représente donc 5 milligrammes de mercure pour 1 centigramme de craie

et 3 cgr. 1/2 de sucre de lait. On donne ce traitement pendant quinze jours et on laisse huit jours de repos.

Pour la commodité du maniement de cette préparation M. Variot conseille de formuler : mercurium cum creta, 2 à 3 centigrammes, suivant l'âge, sucre de lait 3 centigrammes pour un paquet. Un de ces paquets chaque jour dans le biberon ou dans une cuillerée de lait pendant quinze jours consécutifs pour les enfants jusqu'à six mois. On pourra ordonner 5 à 6 centigrammes de mercurium cum creta de six mois à un an.

La voie buccale constitue certainement la meilleure voie d'introduction du mercure, chez l'enfant. Quelques médecins, cependant, lui préfèrent les frictions.

Frictions. — Celles-ci se pratiquent avec gros comme un pois d'onguent napolitain ou pommade mercurielle double du codex français.

Les frictions offrent de grands inconvénients : d'abord, c'est un moyen infidèle, parce qu'elles ne sont pas, ou très rarement, faites comme il conviendrait ; d'autre part, elle sont irritantes, inconvénient léger, si l'on veut, chez certains adultes, mais toujours à redouter chez de jeunes enfants à peau tendre. Dans tous les cas, si on tient absolument à recourir à ce mode d'administration du mercure, ce n'est pas, comme on le conseille généralement et à tort, selon le professeur Gaucher, à la partie antérieure des avant-bras, de la poitrine, sur le dos, aux molets ni sur les cuisses, qu'il faut pratiquer ces

frictions. La non-absorbtion du mercure en ces régions est plus que probable. Cette absorbtion est, tout au moins, très incomplète, et c'est sans doute la raison qui explique certains cas en apparence étranges, dans lesquels des adultes ont pu, sans accidents, se soumettre aux frictions mercurielles pendant un temps invraisemblable.

Contrairement à l'opinion classique, on doit faire ces frictions exclusivement dans les régions pileuses : aines et aisselles. C'est en ces régions que les glandes sébacées, volumineuses, offrent leurs orifices largement béants, condition nécessaire pour l'absorbtion de la pommade hydrargyrique.

On sait que la peau intacte n'absorbe pas les solutions salines. Elle peut absorber les médicaments préparés avec un excipient graisseux, à cette seule condition que celui-ci puisse pénétrer dans les orifices glandulaires. Il y a une véritable assimilation épithéliale qui se produit en pareil cas.

Il est donc indispensable, chez les enfants, ainsi que chez les adultes, de procéder sur les régions indiquées : le premier jour on frictionnera, par exemple, dans une aisselle : le deuxième jour dans l'autre aisselle ; le troisième jour dans une aine, le quatrième dans l'autre aine. Mais en outre il faut frictionner au moins pendant un quart d'heure. C'est là une difficulté pratique qui rend vraiment la voie cutanée bien inférieure à la voie buccale. Néanmoins, les frictions bien faites valent comme efficacité les injections mercurielles.

Injections. — Elles sont rarement nécessaires chez les enfants, la voie buccale étant ordinairement très suffisante. Elles sont seulement indiquées dans les cas où les enfants ont une intolérance absolue pour le mercure administré par la bouche, et quand les frictions ne peuvent être efficacement pratiquées.

Il ne peut être question, chez les enfants, de discuter du choix de sels solubles ou insolubles. Les inconvénients bien connus résultant de ces derniers chez les adultes seraient ici tellement dangereux que leur emploi deviendrait « criminel » (Gaucher).

C'est donc uniquement aux sels solubles qu'on aura recours. On a le choix entre le benzoate et le biiodure.

Nous préférons le benzoate, parce qu'il est moins douloureux ; mais sa préparation est plus difficile ; chez l'adulte on prescrit :

Benzoate de mercure.....	1 gr.
Chlorure de sodium.....	2 gr. 50
Eau.....	100 gr.

On remarquera, dans cette formule, la quantité considérable de chlorure de sodium indiquée, alors qu'il suffirait de 0 gr. 30 de ce sel pour dissoudre la dose de benzoate.

C'est parce que l'expérience a prouvé que les solutions hypertoniques de chlorure de sodium sont beaucoup moins douloureuses.

De cette solution, on injectera 1 à 2 centimètres cubes par jour chez l'adulte. Chez les enfants, on

pourrait se servir à la rigueur de la même solution, en injectant seulement deux gouttes, correspondant à 1 milligramme de sel mercuriel ; mais en raison de l'extrême difficulté que présente une injection de ce genre, il y a un intérêt à recourir à une solution au 2/100 :

Benzoate de mercure.....	0 gr. 50
Eau.....	100 »
Chlorure de sodium.....	1 » 25

Quatre gouttes de cette solution renferment 1 milligramme de sel mercuriel. Elle est par conséquent, d'un maniement plus facile.

Les injections constituent une médication d'exception, ne sont continuées que durant quelques jours, en portant la dose du sel mercuriel à 1 ; 1 1/2 à 2 milligrammes au plus, puis on reviendra à l'administration du mercure par la bouche.

Le benzoate employé pour ces injections doit être chimiquement pur ; les benzoates impurs sont très difficilement solubles. C'est à la suite de leur emploi qu'on a pu croire faire des injections de 6 à 8 centigrammes, chez les adultes ; alors que la dose de 3 centigrammes nous paraît un maximum, et encore pour un emploi momentané.

La préparation consiste à faire agir le benzoate de soude sur une solution faiblement acide d'oxyde jaune de mercure.

Le pharmacien commence par préparer son oxyde jaune en versant peu à peu une solution de sublimé

dans une solution de potasse à l'alcool, lavée par décantation jusqu'à ce que l'eau de lavage ne précipite plus par l'azotate d'argent. On dissout à l'aide d'acide acétique dilué, en évitant toute élévation de température, et n'ajoutant que la quantité d'acide nécessaire pour la solution ; au besoin, on laissera une trace d'oxyde non dissous. Puis on filtre, et on verse peu à peu une solution de benzoate de soude à 5 o/o. On lave enfin le précipité à plusieurs reprises, avec l'entonnoir de porcelaine de Becheler. Il faut laver pendant plusieurs jours, et même plusieurs semaines, jusqu'à ce que l'eau de lavage ne soit plus acide au tournesol ; on délaye alors de nouveau le précipité et on l'essore. On obtient ainsi une poudre blanche, légère, instantanément solubilisée en présence du chlorure de sodium, qui permet de préparer une solution de benzoate pure, facilement injectable, et se conservant très bien en ampoules.

Après avoir décrit longuement et en détail la forme et la façon dont on doit employer le traitement mercuriel, il faut se demander sur quoi va-t-on se baser pour savoir que la dose employée est efficace?

C'est encore l'étude de la courbe de poids de l'enfant qui guidera le médecin.

Dès qu'on aura posé le diagnostic d'hérédo-syphilis, et qu'on verra l'enfant dépérir, il faudra lui instituer immédiatement le traitement mercuriel. On commencera par des doses habituelles. Si la dose est suffisante pour permettre à l'enfant de réagir, il

reprendra du poids ; si la dose est insuffisante, il diminuera encore ou restera stationnaire, il faudra donc augmenter la dose jusqu'à ce que la courbe indique que l'enfant se guérit.

En somme, il faudra donc commencer par des doses moyennes, mais si l'enfant diminue, s'il reste stationnaire, ou n'augmente que fort peu, ce sera un signe certain que le traitement n'est pas assez énergique, il faudra forcer la dose. M. Boissard qui emploie la liqueur de Van Swieten prescrit des doses assez élevées. Il va jusqu'à LXXX gouttes dans les vingt-quatre heures, s'il est nécessaire. C'est qu'en effet, comme le dit le Dr Fournier, on a peur du mercure, et on ne donne pas toujours la dose nécessaire, efficace.

Le traitement devra être intermittent. Bien entendu, il ne faudra pas continuer le mercure dès que l'enfant ira mieux, dès que la courbe sera régulièrement ascendante, l'on pourra revenir à des doses habituelles, mais il faudra être prêt à recommencer à la moindre menace d'un retour offensif du mal, à la moindre chute du poids.

Ce serait une erreur de croire qu'en instituant toujours le traitement mercuriel chez les enfants, atrophiques hérédo-syphilitiques, on n'aura qu'à enregistrer des guérisons ; dans bien des cas, quoi qu'on fasse, l'enfant meurt, tantôt en présentant des chutes brusques dans leur poids (150-200 gr.), soit qu'ils s'éteignent lentement, progressivement.

Ces insuccès peuvent être attribués, soit au retard

apporté dans l'administration du traitement, soit que ces enfants sont trop infectés par leur maladie héréditaire ; soit, enfin, qu'il s'agit de ces atrophies d'origine toxinique, dystrophiques, sans lésions, sur lesquelles le traitement n'a pas de prise.

Traitement prophylactique. — Il est très important, car c'est en traitant énergiquement la syphilis des parents et principalement de la mère, qu'on peut neutraliser son influence nocive et prévenir, dans une certaine mesure, l'apparition des divers troubles chez les enfants.

Tous les jours, on peut constater l'efficacité du traitement qui assure l'accouchement à terme, ainsi que la viabilité du fœtus dans les hôpitaux où les mères sont traitées avant et pendant la grossesse.

Dans le service de mon maître, M. le professeur Gaucher, où les femmes syphilitiques sont traitées et suivies pendant et après l'accouchement, nous avons eu maintes fois l'occasion de voir les enfants nés de ces mères ne présenter aucun symptôme, ni aucun des troubles attribués à la syphilis héréditaire.

Comme nous l'avons dit précédemment, ce n'est pas seulement le temps qui atténue la virulence de la syphilis au point de vue de l'hérédité, c'est aussi et surtout le traitement, et un traitement bien suivi.

Il y a donc nécessité absolue de traiter les parents avant le mariage ou avant la procréation.

Le traitement doit être suivi même en l'absence d'accidents. Cette nécessité d'un traitement prolongé et intermittent est importante non pour l'individu

lui-même, puisque nous voyons des individus bien traités qui ont des accidents ultérieurs, mais c'est surtout relativement à l'hérédité et à la descendance, puisque par un traitement bien compris et bien suivi on peut éviter l'hérédité de la syphilis, même quand l'individu ne peut s'éviter à lui-même les accidents ultérieurs.

Quel est donc ce traitement ? D'après M. le professeur Gaucher, il est indispensable de prescrire aux syphilitiques un traitement prolongé de quatre années.

Il faut suivre un traitement avec des pilules de sublimé pour syphilis ordinaire, ou dans les cas plus graves, faire des piqûres, des injections mercurielles.

Qu'il s'agisse de pilules, de piqûres ou d'injections le traitement est à peu près le même.

D'abord deux mois de traitement de suite après l'infection, puis un mois de traitement sur deux pendant deux ans. La troisième année, un mois de traitement sur trois ; la quatrième, un mois de traitement sur six ; puis la cinquième, repos, observation, expectation. Si dans cette cinquième année l'individu n'a pas eu d'accidents, on peut lui permettre de se marier et de procréer dans la sixième année. Il vaudrait mieux qu'il attendît, mais si on obtient déjà cela, étant donné les nombreuses observations, il est fort probable que le malade donnera naissance à des enfants sains ; on peut donc avoir la conscience tranquille.

Mais il y a des hommes qui se sont très bien traités, qui ont attendu six ans, même huit ans avant de se marier, et qui procréent des enfants malades. Il faut donc prescrire un traitement spécifique immédiatement avant le mariage ou la conception. M. le professeur Gaucher a coutume de dire aux anciens syphilitiques, même très bien traités : « Un mois avant votre mariage, prenez des pilules de sublimé ou faites vous faire des injections », de façon que la virulence, qui aurait pu résister à l'imprégnation mercurielle antérieure, soit détruite. Si la femme est enceinte, pour plus de sécurité, il faut lui faire suivre à elle aussi, un traitement pendant toute sa grossesse. Bien entendu, ce traitement est très atténué.

Voilà comment procède habituellement M. le professeur Gaucher.

Il traite la femme pendant quinze jours par mois par des pilules (2 pilules par jour), qu'on lui donne comme pilules de fer ou toniques ; bien entendu elle ne sait pas pourquoi on lui fait suivre ce traitement ; le mari est le seul confident.

Les pilules prescrites sont celles de sublimé, suivant la formule de M. Gaucher :

Sublimé.....	0 gr. 01
Extrait thébaïque.....	0 » 01
Poudre de savon médicinal.....	0 » 10
Glycérine neutre.....	Q. S.

Pour une pilule molle.

Si la mère est syphilitique, qu'il s'agisse de syphi-

lis antérieure, récente ou contemporaine, il y a nécessité de la traiter énergiquement pendant toute sa grossesse ; l'hérédité maternelle étant la plus dangereuse.

On soumettra la femme enceinte aux injections mercurielles solubles. Il faut injecter un mois sur deux, puis pour laisser reposer la peau, qui est irritée par ces injections quotidiennes, on donne des pilules pendant quinze jours, deux par jour ; puis on laisse quinze jours de repos. On a en résumé un mois et demi de traitement sur deux ; on peut l'organiser de manière différente, par quinzaine ou huitaine : quinze jours d'injections, huit de pilules et huit jours de repos.

Ce traitement, nous le répétons, doit être continué rigoureusement pendant toute la grossesse.

Il faut en outre prescrire à la femme une hygiène sévère de la bouche et ne pas oublier la recherche méthodique de l'albumine dans les urines. Dans le cas de recherche positive, il faut diminuer la quantité de mercure injecté, ou supprimer tout traitement si l'albumine est trop abondante.

Allaitement. — Le traitement du jeune hérédo-syphilitique comporte, en dehors du traitement mercuriel et le traitement diététique, l'allaitement.

En effet, ces enfants doivent être nourris par leurs mères, surtout lorsque le lait est bon et en quantité suffisante. Ici, plus que partout ailleurs, s'applique le mot de M. le professeur Pinard : « Le lait de la mère appartient à son enfant. »

L'allaitement maternel donc s'impose non seulement à ce titre : qu'un descendant de syphilitique ne doit jamais avoir d'autre nourrice que sa mère, mais aussi pour d'autres raisons. D'abord il semble que le lait maternel contienne une antitoxine exerçant une action salutaire contre le virus spécifique. Nous ne sommes guère fixé ni sur la nature exacte de cette antitoxine, ni sur son mode d'activité, mais ce qui est certain, d'après l'observation et l'expérience répétée, c'est qu'un enfant, né d'une mère syphilitique, se trouve beaucoup mieux du lait maternel, que de l'allaitement mercenaire.

C'est ainsi que d'anciens syphilitiques, ayant caché leur maladie, ont pu confier leurs enfants à des nourrices, et presque toujours, en pareil cas, les enfants ont dépéri.

L'allaitement maternel constitue donc presque un moyen thérapeutique chez les hérédo-syphilitiques, un moyen si puissant qu'il permet de formuler cet axiome indiscutable : un hérédo-syphilitique nourri par sa mère, et en même temps bien traité médicalement, a les plus grandes chances de vivre. Et cette formule corrélative inverse : un hérédo-syphilitique nourri artificiellement au biberon a les plus grandes chances de mourir (Gaucher). On pouvait même dire, autrefois, à cause des qualités défectueuses du lait de vache, qu'un pareil enfant était fatalement voué à la mort. Il est permis aujourd'hui d'être moins pessimiste, parce que, grâce à l'emploi des laits stérilisés, et peut-être aux meilleures conditions

hygiéniques, un certain nombre de ces enfants élevés dans les hôpitaux peuvent échapper à la mort, mais c'est, il faut le dire, la minorité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

(Prise dans le service du Dr Boissard.)

Mère âgée trente-quatre ans ; entre dans le service le 29 janvier 1905.

Antécédents syphilitiques : Syphilis avérée. Sept enfants — avant terme.

Antécédents du côté du père : Nuls.

Époque de la grossesse : Neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse : Nuls.

Terminaison de l'accouchement : Spontanée.

Délivrance normale.

Placenta normal.

Pas de d'hydramnios.

Enfant sexe féminin. État physique bon. Poids 3.720 gr.

Longueur : 49 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 130 grammes.

Le second jour l'enfant perd encore 90 grammes.

Le troisième jour, nouvelle perte de 85 grammes.

Le quatrième jour l'enfant a encore perdu 90 grammes, cependant pas de troubles digestifs. Devant la perte énorme de 400 grammes en quatre jours, on met l'enfant au traitement mercuriel.

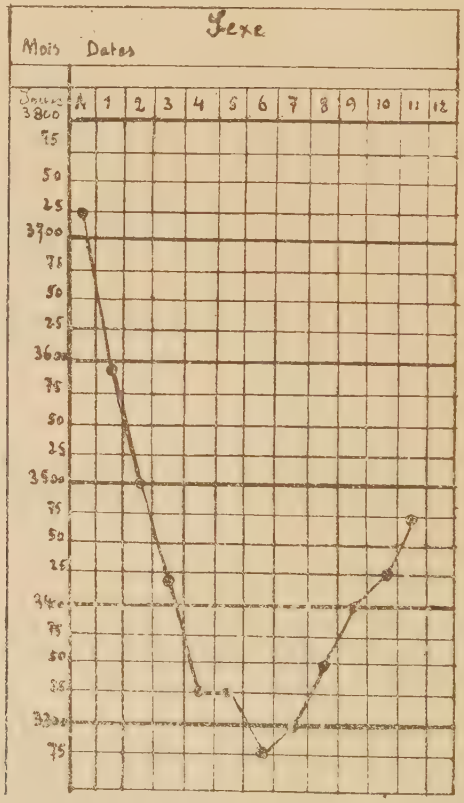
Le cinquième jours le poids reste stationnaire; il diminue encore de 50 grammes le sixième jour.

Le septième jour il augmente de 25 grammes.

Le huitième jour il prend 50 grammes.

Le neuvième jour il prend encore 50 grammes.

L'enfant augmente de 25 grammes le dixième jour et de 50 le onzième, de 50 encore le douzième jour.



Mère syphilitique. Sept enfants avant terme. Enfant normal diminue de poids. Influence du traitement mercuriel.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service du Dr Boissard.)

Femme multipare âgée de vingt-neuf ans.

Antécédents syphilitiques : Paraît avoir eu un chancre il y a plusieurs années. Traitée par des pilules, insuffisamment.

Un enfant venu avant terme et macéré.

Antécédents du côté du père : Inconnus.

Époque de la grossesse : huit mois environ.

Accidents de la grossesse : Nuls.

Terminaison de l'accouchement. Symphiséotomie pour bassin généralement rétréci.

Délivrance naturelle. Placenta normal.

Enfant sexe féminin. État physique bon. Poids: 2.850 gr.

Longueur 48 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 50 grammes.

Le second jour il diminue de 115 grammes, il prend 30 grammes + 10 de lait stérilisé. Pas de troubles digestifs.

Le troisième jour l'enfant reprend 25 grammes. Le quatrième jour il diminue de 50 grammes, il prend 35 grammes + 10 de lait. Pas de diarrhée.

Le cinquième jour il perd encore 45 grammes, 40 grammes + 10 de lait.

Le sixième jour il prend 10 grammes de poids.

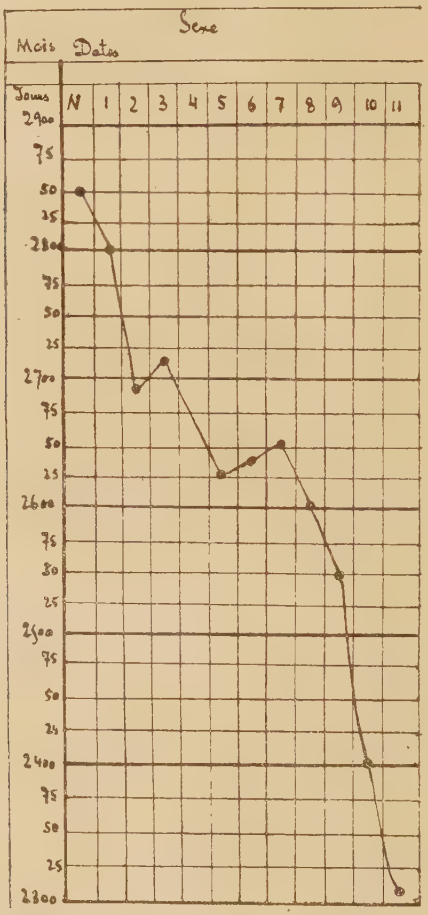
Le septième il augmente de 20 grammes. On lui donne un bain aromatique, frictions à l'alcool.

Le huitième jour l'enfant diminue de 60 grammes, il absorbe très bien 45 grammes + 10 de lait.

Le neuvième jour il perd encore 50 grammes, un peu de diarrhée jaune. On le met en couveuse et l'on pense à

l'hérédo-syphilis. On donne le traitement externe, une friction mercurielle.

Le dixième jour l'enfant diminue de 150 grammes.



Atrophie hérédo-syphilitique dystrophique.

Le onzième jour il a encore perdu 180 grammes.

Devant cette diminution énorme, on juge le traitement insuffisant et l'on ordonne XL gouttes de la liqueur de Van Swieten. L'enfant meurt dans la nuit.

Autopsie. — Rien de particulier.

La face postérieure de deux poumons légèrement congestionnée.

Cœur normal : Foie et reins ont leur volume normal, rein de particulier.

Rate normale : Cerveau rien à noter.

Intestin ne présente aucune altération.

OBSERVATION III

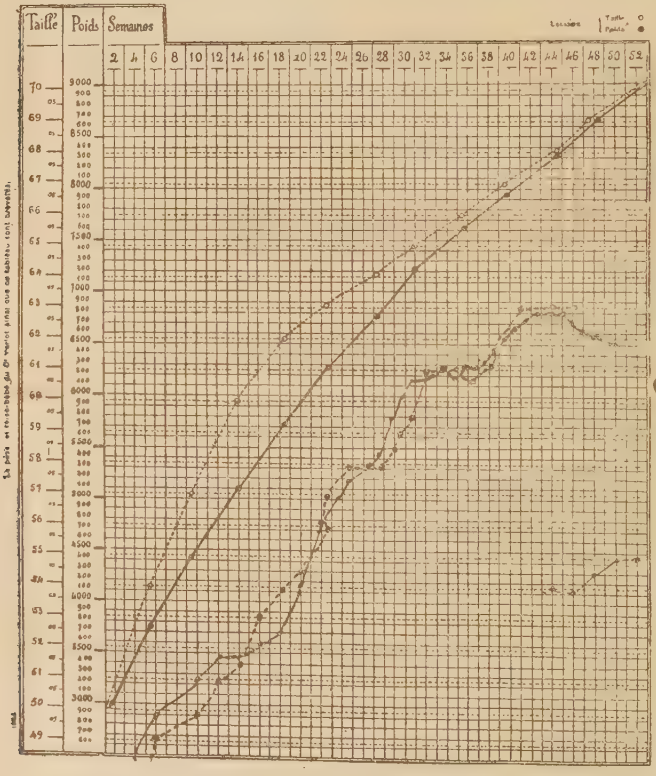
(Service de M. Variot.)

André L...,né le 2 mai 1913, était suivi par M.Variot, à la goutte de lait de l'Institut de Puériculture,à l'hospice des Enfants-Assistés, depuis le mois de juin 1913.A cette date,il fut apporté par sa mère,frappée par l'aspect débile de son enfant et par les troubles digestifs qu'il présentait. André L..., nourri au sein, ne pesait, à un mois, que 2.500 grammes,alors que son poids initial fût de 2.700 gr. Il mesurait 47 centimètres. Il y avait par conséquent un retard notable des croissances pondérale et staturale. De plus, le bébé avait,depuis sa naissance, une diarrhée persistante, verdâtre. On laissa pendant quelques jours ce nourrisson au sein de sa mère, mais en réglant les heures de tétées, et en enregistrant à plusieurs reprises la quantité de lait prise pendant une tétée. La diarrhée persistant,on substitua deux biberons à deux tétées ; les troubles digestifs s'amendèrent et, le 26 juin, l'enfant pesait 3100 grammes et mesurait 50 centimètres.A cette date,le lait de la mère ayant considérablement diminué, les tétées au sein furent supprimées, et l'enfant prit sept fois par jour du lait Gallia coupé d'eau. A partir de ce moment, l'enfant s'élève assez difficilement, en courbe parallèle à la courbe normale.

9 octobre. — A cinq mois, il pèse 4.800 grammes et mesure 56 centimètres.

4 décembre. — Il pèse 6.100 grammes et mesure 61 centimètres.

31 décembre. — Il pèse 6.100 grammes et mesure 61 centimètres.



Atrophie hérédo-syphilitique prolongée

Il fait donc plateau pendant un mois. A ce moment, son état général laisse beaucoup à désirer. On pense à l'hérédo-syphilis.

La mère, interrogée, n'avoue pas de fausse-couche, mais la réaction de Wassermann, pratiquée alors chez le père, la mère et l'enfant, se révèle nettement positive chez tous

les trois. On fait à l'enfant des frictions mercurielles. L'accroissement se poursuit lentement.

En février 1914.— L'enfant pèse 6.700 grammes et mesure 63 centimètres. A partir de cette date, l'enfant dépérit et après avoir pesé 6.800 grammes au mois de mars, ne pèse plus au mois d'avril que 6.600 grammes.

La mère vient le rapporter à la consultation le 2 mai 1914. C'est un petit être misérable, atrophique, qui, a l'âge d'un an atteint à peine le poids d'un enfant de six mois. Depuis quelques jours, l'enfant tousse, et ceci joint au dépérissement progressif, inquiète à ce point la mère, qu'elle demande s'il est encore possible de sauver son enfant, ou si elle doit le considérer comme tout à fait perdu.

L'auscultation ne révèle que quelques râles disséminés sans foyer de broncho-pneumonique net. On transporte l'enfant dans le service de radiographie, mais il meurt pendant la radioscopie.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION IV (Personnelle)

(Service du Dr Boissard.)

J..., entrée le 10 mai 1908.

Femme multipare, âgée de trente-six ans.

Antécédents syphilitiques : nuls. Deux accouchements avant terme.

Antécédents du côté du père : inconnus.

Époque de la grossesse : neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse : nuls.

Terminaison de l'accouchement : normal.

Délivrance naturelle. Placenta normal.

Enfant sexe féminin. État physique bon. Poids : 3.500 grammes. Longueur : 50 centimètres.

Le premier jour, l'enfant perd 50 grammes, il prend 160 grammes de lait.

Le deuxième jour, il diminue de 500 grammes.

Le troisième jour, il augmente de 25 grammes.

Le quatrième jour, il perd 125 grammes, il prend 450 grammes de lait.

D'après la courbe du poids et l'amaigrissement sans cause, on pense à l'hérédo-syphilis. On institue le traitement, une friction mercurielle tous les jours.

Sous l'influence de ce traitement, l'enfant ne diminue plus le cinquième jour ; il gagne 25 grammes le sixième jour, 25 grammes le septième. Il reprend 25 grammes le huitième jour, remonte le neuvième jour de 25 grammes, augmente encore le dixième jour de 25 grammes.

Brusquement, il perd 100 grammes le onzième jour ; il n'y a pas de diarrhée, pas de vomissements ; le douzième jour nouvelle perte de 125 grammes, puis il meurt le lendemain.

Autopsie : Poumon, rien d'anormal.

Foie, gros, hépatile scléro-gommeuse.

Rate volumineuse.

Rien dans les autres organes.

Pas de traces de syphilis chez la mère. Deux accouchements avant terme. Enfant normal qui dépérit.

Lésions de syphilis viscérale. Atrophie due à la syphilis en nature.

OBSERVATION V (Personnelle)

(Service du Dr Boissard.)

L..., femme primipare âgée de trente-six ans. Entrée le 14 janvier 1908.

Antécédents syphilitiques : nuls.

Époque de la grossesse : huit mois et demi.

Terminaison de l'accouchement : spontanée.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Enfant sexe masculin. Constitution faible.

Poids 1.800 grammes. Longueur 41 centimètres.

Cet enfant, pendant les seize premiers jours, reste stationnaire, diminuant ou augmentant alternativement de quelques grammes.

Du dix-septième au vingt et unième jour, il perd 120 grammes.

En raison de sa faiblesse et de l'amaigrissement, on pense à l'hérédo-syphilis et on institue le traitement par la liqueur de Van Swieten.

Dès ce jour, l'enfant reprend 400 grammes en dix-neuf jours.

OBSERVATION VI (Personnelle)

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M..., âgé de deux mois et demi, entre dans le service le 22 octobre 1911, avec sa mère.

Enfant né avant terme, à sept mois et demi.

La mère présente des lésions de gale. Rien dans ses

antécédents personnels, mais la réaction de Wassermann est positive, totale.

Antécédents du côté du père : inconnus.

L'enfant présente des lésions d'impétigo desséché, développées sur le cuir chevelu et la face. Ne présente pas d'autres lésions ou troubles gastro-intestinaux. Il s'alimente bien ; nourri par la mère. Pourtant amaigri et aspect atrophique.

2 novembre. — Les lésions d'impétigo ont complètement guéri, cependant l'enfant diminue de poids et s'atrophie de plus en plus. On institue le traitement mercuriel.

7 novembre. — Enfant très atrophique. Aspect vieillot.

Mort le 9 novembre, au soir.

Autopsie (faite par M. Paris, chef de laboratoire). — Foie normal.

Rate normale.

Rien de particulier dans les autres organes.

Atrophie hérédo-syphilitique dystrophique.

OBSERVATION VII (Personnelle)

(Service de M. Gaucher.)

A... S..., âgé de trois mois, entre dans le service le 19 avril 1913, avec sa mère.

Mère âgée de vingt ans, primipare, présente des accidents de syphilis secondaire. Syphilides nombreuses vulvaires. Wassermann positif total.

L'enfant est né avant terme, à sept mois et demi.

Antécédents et complications de la grossesse : nuls.

Délivrance normale.

Placenta normal.

Poids à la naissance 2.250 grammes.

État actuel : enfant ne présente rien d'anormal.

Pas de troubles digestifs : vomissements ou diarrhée.

S'alimente très bien. Nourri au biberon, la mère n'ayant plus de lait.

N'a jamais eu de maladie depuis la naissance, mais état général mauvais : maigreur. Depuis quelques jours, n'augmente plus, il fait plateau. Il pèse 3.200 grammes.

Wassermann négatif ; pourtant à partir du 4 mai, il est soumis au lactate de mercure (deux fois X gouttes).

7 mai. — Enfant pèse 3.250 grammes. Il a augmenté par conséquent, de 50 grammes.

18 mai. — Il pèse 3.650 grammes et le 24 mai, 3.890 grammes.

OBSERVATION VIII (Personnelle.).

(Service de M. Gaucher.)

S. E..., âgée de vingt-trois ans, entre dans le service le 8 octobre 1912 pour des lésions spécifiques : roséole, plaques muqueuses, alopécie en clairière.

La malade est enceinte de cinq mois.

On institue le traitement mercuriel (injection de benzoate de Hg).

Elle suit ce traitement très régulièrement jusqu'au 12 janvier 1913, lorsqu'elle passe dans le service d'accouchement. Accouche le même jour d'une fille E...

L'enfant est né à terme, pèse 2.350 grammes. La délivrance a été normale, le placenta normal, mais la réaction de Wassermann faite dans le même service s'est montrée positive chez l'enfant. On lui institue le traitement mercuriel par les frictions.

La mère revient dans le service avec son enfant le 25 janvier.

A ce moment, le petit bébé est de belle apparence, et ne présente rien d'anormal. Il est nourri par sa mère.

30 janvier. — On remplace les frictions par la lactate de mercure, mais on arrête le traitement le 4 février, à cause de la diarrhée. On règle les tétées.

13 février. — La diarrhée a disparu. L'enfant a un bon état général. Le traitement mercuriel n'est plus continué, la mère s'y refusant obstinément.

4 mars. — L'enfant pèse 2.650 grammes.

18 mars. — L'enfant pèse 2.560 grammes.

26 mars. — L'enfant pèse 2.450 grammes, il a beaucoup maigri, il s'atrophie.

31 mai. — Crise convulsive dans la nuit, et mort le 4 avril. Poids 2.020 grammes.

Autopsie (faite par M. Paris, chef de laboratoire). — Poumons : congestion légère des bases.

Foie, gros, jaune, aspect graisseux.

Rate, très grosse.

Reins, petites gommes microscopiques. Glomérulite, artérite.

Rien dans les autres organes.

Atrophie hérédo-syphilique due à la syphilis en nature (*viscérale*).

OBSERVATION IX (Personnelle.)

(Service de M. Gaucher.)

G. M..., âgée de vingt-quatre ans, entre dans le service le 19 janvier 1914 avec son enfant âgé d'un mois.

Antécédents syphilitiques : syphilis depuis quatre ans, traitée dans le service à plusieurs reprises pour divers accidents spécifiques.

On lui a fait, au début de la maladie, trois injections de 606.

Enfant mort à six mois de broncho-pneumonie ; il présentait des lésions dystrophiques (nez aplati) et un coryza syphilitique.

L..., enfant actuel. Venu à terme. Poids à la naissance 2.900 grammes.

Ne présente aucune lésion spécifique. Troubles gastro-intestinaux depuis cinq jours, diarrhée verte, état général misérable.

Aspect de petit vieux à peau ridée et terne. La mère dit que le huitième jour après la naissance son enfant a commencé à dépérir sans raison.

On institue les frictions mercurielles, mais l'enfant meurt le 24 janvier.

Autopsie (faite par M. Paris, chef de laboratoire). — Rien de particulier.

Foie et rate, normaux.

Tube digestif normal, ne présente aucune altération.

Poumons, légère congestion de la base droite.

Reins normaux.

Atrophie hérédo-syphilitique dystrophique.

OBSERVATION X (Personnelle)

(Consultation des nourrissons. Service de M. Boissard.)

G. R.., né le 17 mars 1914. Venu à terme. Poids à la naissance 2.800 grammes.

Antécédents syphilitiques du côté de la mère : syphilis depuis douze ans.

Traitée irrégulièrement.

Première grossesse en 1901 : enfant venu avant terme et macéré.

Deuxième grossesse en 1902 : enfant vivant, mort à sept mois de méningite.

Troisième grossesse en 1904 : enfant vivant mort à neuf mois.

Quatrième grossesse en 1909 : enfant qui vit encore.

Cinquième grossesse en 1912 : enfant vivant mort à quinze mois.

Sixième grossesse en 1914 : actuelle.

Antécédents du côté du père : syphilis avérée.

L'enfant G. R..., du sexe masculin, n'a jamais présenté de lésions spécifiques ni aucun trouble gastro-intestinal. Il s'alimente bien.

Le 2 avril 1914 l'enfant pèse 2.800 grammes.

Poids stationnaire depuis la naissance.

On institue le traitement mercuriel : L gouttes de liqueur de Van Swieten prises en trois fois dans la journée.

Le 6 mai il pèse 2 790 grammes. Il a encore diminué. On continue le traitement.

Le 13 mai l'enfant pèse 2.900 grammes. Il a gagné depuis le 6 mai 110 grammes, le 20 mai il pèse 2.910 grammes, le 27 mai 2.950 grammes, le 3 juin 3.060 grammes.

OBSERVATION XI (Personnelle)

(Consultation des nourrissons. Service de M. Boissard.)

C. A.., né le 19 avril 1912. Venu à terme. Poids à la naissance : 3.100 grammes.

Antécédents syphilitiques du côté de la mère : nuls.

Première grossesse en 1907 : enfant vivant.

Deuxième grossesse en 1900 : fausse-couche de trois mois.

Troisième grossesse en 1910 : enfant macéré de huit mois.

Quatrième grossesse en 1911 : enfant né à sept mois, mort huit jours après.

Cinquième grossesse en 1912 : enfant actuel.

Antécédents du côté du père : inconnus.

Le 14 mai 1912, l'enfant pèse 3.450 grammes. Ne présente aucun accident, aucun trouble gastro-intestinal. Bien portant.

Le 3 décembre, c'est-à-dire à sept mois et demi, l'enfant pèse 6.210 grammes. Il y a par conséquent un ralentissement considérable dans l'accroissement du poids. Il est maigre. Aspect atrophique, cependant aucun trouble. On institue le traitement mercuriel : L gouttes par jour de la liqueur de Van Swieten.

Le 24 décembre, il pèse 6.310 grammes. Il a repris.

Le 7 janvier 1913, 6.280 grammes. Diminution de 30 grammes depuis le 24 décembre. On augmente la dose : LXX gouttes par jour.

Le 26 mars, l'enfant pèse 7.120 grammes. Depuis, l'amélioration s'est maintenue ; le 21 octobre, il pèse 8.620 grammes.

OBSERVATION XII (Personnelle)

(Consultation des nourrissons. Service de M. Boissard.)

B. R..., sexe masculin, né le 21 juin 1912. Venu à terme. Poids à la naissance : 3.300 grammes.

Antécédents syphilitiques du côté de la mère : syphilis avérée. A eu trois fausses couches de quatre, de trois et six mois.

Le 9 juillet, l'enfant pèse 3.170 grammes. Ne présente

aucune lésion spécifique, aucun trouble gastro-intestinal.

Il a perdu 130 grammes depuis la naissance. On institue le traitement : XXX gouttes de la liqueur de Van Swieten.

Le 16 juillet, l'enfant pèse 3.140 grammes. Il a encore perdu. On augmente la dose : L gouttes.

Le 27 août, il pèse 4. 380 grammes.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

(Consultation des nourrissons. Service de M. Boissard.)

L. M..., sexe féminin, née le 20 janvier 1913. Venue à terme. Poids à la naissance : 2.600 grammes.

Antécédents syphilitiques du côté de la mère : trois fausse-couches de deux mois et demi.

Antécédents du côté du père : inconnus.

Le 4 février, l'enfant pèse 2.880 grammes.

Le 11 février, l'enfant pèse 2.830 grammes. Il a diminué de 30 grammes depuis le 4 février. Ne présente aucun trouble, aucun accident spécifique. S'alimente bien. On institue le traitement : L gouttes par jour de liqueur de Van Swieten, pendant quinze jours.

Le 12 mars, l'enfant pèse 3.730 grammes. Il a gagné 1.000 grammes à peu près dans l'espace d'un mois.

Le 26 mai, il pèse 4.630 grammes. On reprend le traitement (XL gouttes par jour).

Le 6 mai, l'enfant pèse 5.160 grammes.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

(Consultation des nourrissons. Service de M. Boissard.)

F. J..., sexe féminin, née avant terme le 8 mai 1912. Poids à la naissance 2.370 grammes.

Antécédents syphilitiques du côté de la mère : deux fausse-couches de deux et trois mois.

Antécédents du côté du père : inconnus.

20 mai. — L'enfant pèse 2.180 grammes. Il a perdu en douze jours 190 grammes. Ne présente aucun trouble gastro-intestinal, aucune lésion spécifique. S'alimente bien, nourrie par la mère. On institue le traitement : XXX gouttes par jour de la liqueur de Van Swieten.

12 juin. — L'enfant pèse 2.400 grammes. Il a augmenté de poids, il continue à augmenter, suivant le traitement quinze jours par mois.

11 septembre. — Il pèse 4.320 grammes.

18 septembre. — Il pèse 4.230 grammes. Nouvelle perte de poids. Reprise du traitement (LX gouttes par jour).

24 septembre. — Il pèse 4.040 grammes.

QUATRE OBSERVATIONS

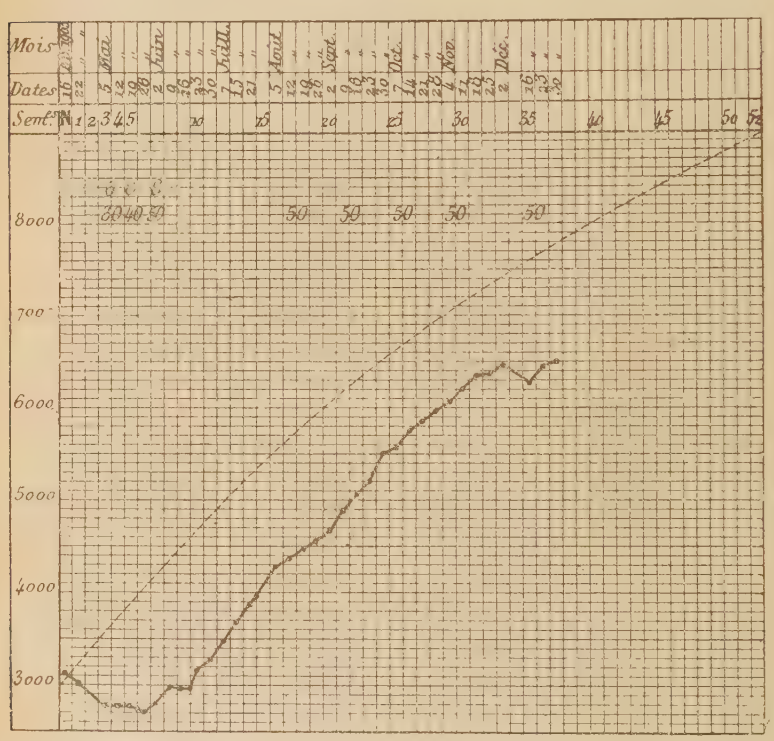
(Prises dans *le Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris.*

Communication du Dr Boissard.)

I

Le premier cas est celui d'un nouveau-né élevé au sein, pesant à sa naissance 3.100 grammes ; à la septième semaine, il ne pèse plus que 2.700 grammes, soit une

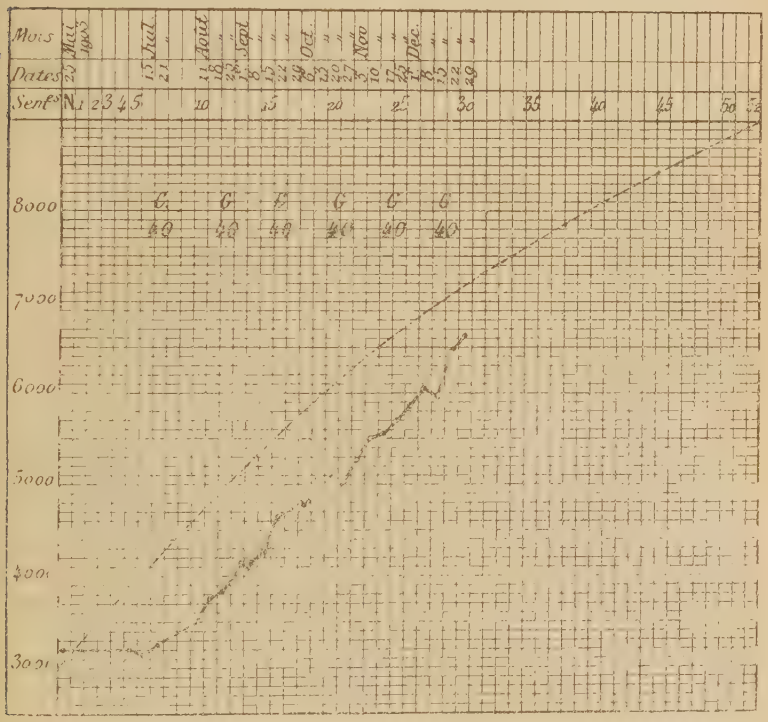
perte de 400 grammes ; on lui donne XXX gouttes de liqueur de Van Swieten ; il augmente, mais à la dixième semaine, il pèse encore 100 grammes de moins qu'à sa naissance ; pensant qu'il y a insuffisance dans la dose de bichlorure, on donne L gouttes ; à partir de ce moment, l'augmentation est continue et l'enfant gagne 550 grammes en trois semaines.



Naissance 3.100 grammes, septième semaine 2.700 grammes, dixième semaine 100 grammes de moins qu'à la naissance. Insuffisance du traitement au début. Augmentation avec L gouttes.

II

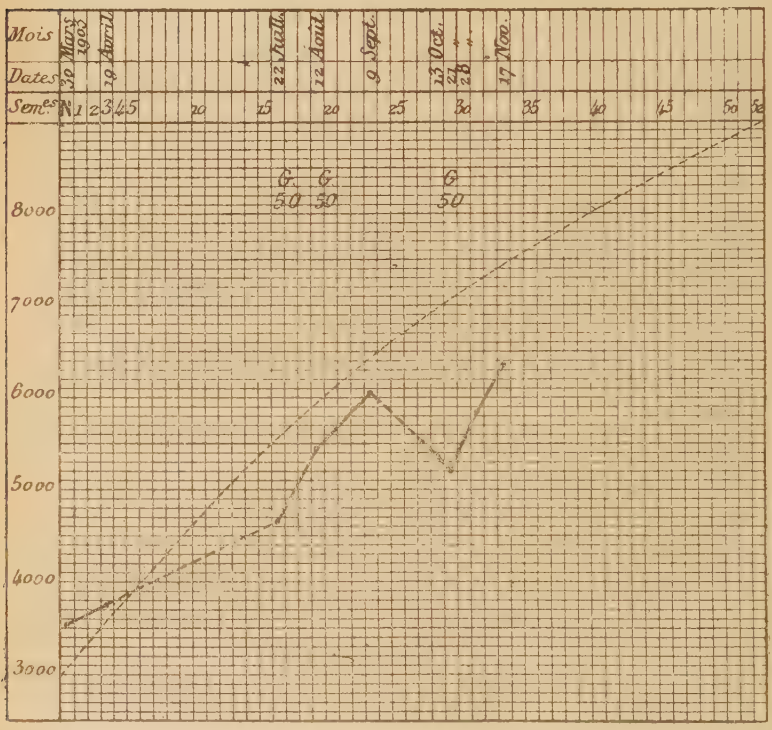
Dans le deuxième cas, nous voyons un nouveau-né pesant 3.200 grammes qui fait plateau pendant sept semaines, c'est-à-dire qu'après sept semaines son poids est le même qu'à sa naissance ; on lui donne XL gouttes de liqueur de Van Swieten, et immédiatement il augmente ; au bout de quatre semaines, il a gagné 400 gr. ; au bout de six mois, il pèse 6.660 grammes.



Enfant, non traité, fait plateau pendant sept semaines. Traitement : augmentation immédiate ; en quatre semaines, gagne 400 grammes.

III

Le troisième cas est intéressant en ce qu'il montre ce qui arrive si le traitement est suspendu brusquement



A la naissance 3.500 grammes, à la seizième semaine 4.600 grammes, soit 9 grammes par jour, ascension brusque par le traitement. Suppression du traitement : chute de 800 grammes en six semaines ; reprise du traitement : ascension de 1.000 grammes en cinq semaines.

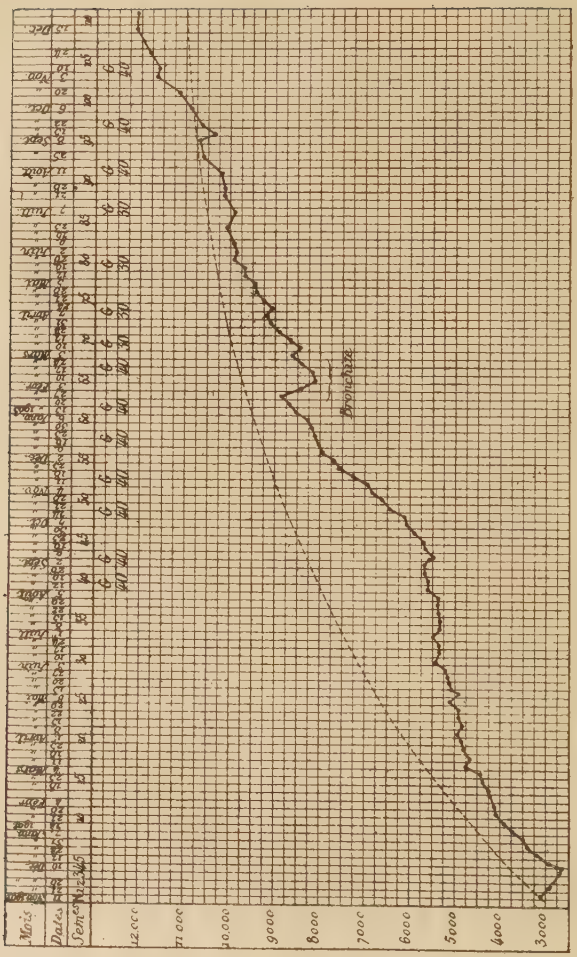
d'une manière intempestive : il y a chute du poids avec amaigrissement; si on reprend le traitement, l'enfant se remet à augmenter, le régime alimentaire restant le même ; rien ne démontre mieux qu'on est bien en présence d'une hérédo-syphilis.

Il s'agissait d'un bel enfant pesant à sa naissance 3.500 grammes, et à sa sortie, le vingtième jour, 3.780 grammes; nous perdons de vue cet enfant pendant treize semaines au bout desquelles la mère nous la ramène à la consultation; il ne pèse alors que 4.600 grammes, il n'a donc augmenté que de 1.100 grammes depuis sa naissance, soit 9 grammes par jour; soumis au traitement mercuriel, il monte à 6.000 grammes, gagnant 1400 gr. en sept semaines, soit près de 30 grammes par jour ; l'enfant allant bien, ne nous est plus présenté par sa mère qui supprime le traitement pendant cinq semaines. Chute brusque de poids; 800 grammes en six semaines ; on reprend alors le traitement, et l'enfant gagne plus de 1.000 grammes en cinq semaines.

IV

Dans le dernier cas, on a pu observer la marche des pesées pendant deux ans.

La mère, accouchée chez elle le 11 novembre 1902, nous présente son enfant le 21 du même mois ; il pèse 3.150 gr., il est élevé au sein ; au bout de neuf mois, il ne pèse que 5.300 grammes, ce qui fait une moyenne de 8 grammes par jour; le traitement mercuriel n'est institué qu'à partir de ce moment, l'enfant étant âgé de neuf mois ne pesant que 5.300 grammes ; six mois après, l'enfant pèse 8.300 grammes, soit une moyenne de 17 grammes par jour, la mère le nourrissant toujours exclusivement au sein.



3.100 grammes à la naissance, 5.300 grammes au neuvième mois, c'est-à-dire 8 grammes par jour. Traitement : 8.300 grammes en six mois, c'est-à-dire 17 grammes par jour.

Dans ces quatre observations, il s'agissait d'enfants qui ne présentaient aucune lésion spécifique, aucun signe d'infection ou d'accident gastro-intes-

tinal, mais qui dépérissaient, perdant chaque semaine plusieurs grammes. Si on n'avait pas institué le traitement, certainement ils auraient continué à dépérir, à s'atrophier, pour aboutir à la mort.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis, maladie infectante par excellence, comme toute infection agit sur le fœtus par deux procédés :

a) Par action spécifique, qui par le tréponème et ses toxines spécifiques imprègne les cellules constitutives des tissus ;

b) Par action non spécifique, dystrophique, modifiant la vitalité des tissus, leur développement et leur transformation évolutive.

Dans le premier cas c'est la transmission du germe, donc de la « syphilis en nature, en substance » de l'ascendant au descendant ; ou hérédité syphilitique proprement dite.

Dans le deuxième cas, c'est l'hérédité dystrophique, parasyphilitique, toxinique (?).

II. — L'influence de la syphilis héréditaire, en dehors des nombreuses manifestations déjà connues qu'elle détermine, peut, dans certains cas, ne se révéler chez l'enfant que par un simple dépérissement avec abaissement de poids qui aboutit à l'atrophie et à la mort.

Ces troubles hérédo-syphilitiques, sans manifestations spécifiques apparentes, peuvent relever des deux mêmes mécanismes cités plus haut.

En effet, dans les observations que nous publions et qui ont été suivies de mort, l'autopsie a révélé :

a) Dans certains cas des lésions spécifiques nettes des viscères ;

b) Dans d'autres cas aucune lésion qui aurait pu être rattachée à la syphilis.

IV. — Les enfants qui présentent cette forme de manifestation de la syphilis héréditaire naissent souvent à terme, ont un poids normal ou à peu près, sont bien constitués, peuvent augmenter pendant quelques jours, quelques semaines, même quelques mois, puis sans cause appréciable se mettent à « ne plus profiter ». Ils restent stationnaires comme poids, « font plateau » pendant un temps variable, puis déclinent. L'amaigrissement survient, la peau se plisse et les enfants prennent de plus en plus l'aspect des petits vieux.

Finalement ils meurent, soit rapidement soit lentement, quelquefois emportés par une maladie intercurrente.

Dans certains cas, l'atrophie est très rapide en quelques jours.

V. — Le diagnostic doit éliminer tout d'abord les causes immédiates banales dues à la mère ou à l'enfant (quantité de lait insuffisante, galactophorite, abcès ; vice de conformation, lésion cardiaque, etc.) ; puis il est à discuter avec le dépérissement et les

atrophies qui reconnaissent d'autres tares héréditaires que la syphilis : l'hérédité tuberculeuse, paludéenne, alcoolique, saturnine, nicotinique et toutes les intoxications chroniques, médicamenteuses ou professionnelles.

Nous voulons insister sur ce fait que l'aspect de ces enfants atrophiques n'a rien qui,au premier abord attire l'attention vers la syphilis, ce n'est que par une recherche systématique que le médecin averti devra arriver au diagnostic de syphilis. En cas de doute, il ne devra pas hésiter d'instituer le traitement mercuriel d'épreuve car « la courbe descendante de poids, que rien ne fait expliquer, est, par elle-même, presque un symptôme de syphilis » (Boissard et Dévé).

VI. — Le traitement est prophylactique et curatif. Il se résume dans la médication mercurielle : liqueur de Van Swieten, lactate de mercure, mercurium cum creta, frictions, injections mercurielles.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
F. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Blanchet. — Contribution à l'étude de la syphilis chez les nouveau-nés. Thèse de Paris, 1902.

Barasch. — Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1895-1896.

Boissard. — Hérédo-syphilis, conception syphilitique alternante (Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1903).

— Syphilis et nouveau-nés (Revue générale de Clinique et de Thérapeutique. Paris, 1898).

— La Nutrition chez les hérédo-syphilitiques. Marche et valeur de la courbe alimentaire (Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1904).

— Les Hérédo-syphilitiques (Presse médicale. Paris, 1904).

Bax. — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis dans un dispensaire d'enfants. Thèse de Paris, 1907-1908.

Blanquart. — Le Diagnostic précoce de l'hérédo-syphilis. Thèse de Lille, 1907-1908.

Balzer. — Maladies vénériennes (Traité de Médecine de Gilbert et Thoinot).

Finger. — La Syphilis.

Fournier (*A.*). — Hérédité syphilitique.

— Syphilis et mariage.

— Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis.

— Prophylaxie de la syphilis.

— De l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis (Médecine moderne, 1890).

— Le Stigmate de l'hérédo-syphilis (Presse médicale. Paris, 1894).

— Les Familles hérédo-syphilitiques (Gazette des Hôpitaux. Paris, 1893).

Fournier (*E.*). — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1898.

— Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive.

Fouquet. — Étude anatomo-pathologique et microbiologique de quatre fœtus hérédo-syphilitiques (Bull. Soc. d'Obst. de Paris, 1907).

Gaucher (*E.*). — La Syphilis héréditaire (Bulletin médical. Paris, 1904).

— L'Hérédo-syphilis à la naissance (Revue inter. de Méd. et Chir. Paris, 1910).

— L'Hérédité syphilitique maternelle et paternelle (Gazette médicale belge. Liége, 1910).

— Syphilis héréditaire d'origine maternelle et paternelle. Syphilis conceptionnelle. Traitement de la syphilis pendant la grossesse (Bull. méd. Paris, 1904).

— Comment on doit traiter les enfants hérédo-syphilitiques (Méd. moderne. Paris, 1910).

Gastou. — Syphilis héréditaire et hérédité syphilitique (Congrès intern. de méd. Lisbonne, 1906-1907).

Girauld. — La Syphilis héréditaire congénitale et le spirochète pâle de Schaudinn. Thèse de Paris, 1909.

Genévrier. — Thèse de Paris, 1906.

Haushalter. — La Syphilis inf. à la clinique des maladies des enfants (Soc. de Méd. de Nancy, 1899-1900).

Hutinel. — Maladies des enfants.

— Manifestations de la syph. héréd. chez le nouveau-né (Journ. de Méd. inter. Paris, 1908, p. 301).

Ivanof. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire précoce. Thèse de Montpellier, 1901.

Jeanselme. — Mécanisme et caractère de l'hérédo-syphilis (Corresp. méd. Paris, 1910, p. 370.

— Hérédo-syphilis (Rev. gén. de Clinique et Thérap. Paris, 1910, p. 180).

Joubert. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1904.

Jullien. — La descendance des hérédo-syphilitiques (Congrès int. de méd. Paris, 1900. Soc. de Dermat. et de Syphil., p. 304).

Kühnlein. — Ueber Syphilis hereditaria. Könisberg. Paris, 1903.

Krefting. — Sur l'hérédité de la syphilis (Arch. f. Dermat. u. Syph. Vien u. Leipz, 1911, p. 429).

Laporte. — Thèse de Paris, 1897.

Levaditi et *Roché.* — La Syphilis.

Levaditi. — L'Histologie pathologique de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec le spirochæte pallida (Ann. de mal. vener. Paris, 1906, p. 22).

Legrain. — Notes sur l'influence dystrophique de l'hérédité syphilitique (Ann. de Dermat. et Syphil. Paris, 1898, p. 576).

Mery. — Syphilis héréditaire (Rev. génér. de Clinique et de Thér. Paris, 1903, p. 455).

Moussous. — Remarques sur l'hérédo-syphilis (France med. Paris, 1895, p. 587).

— Remarques sur 52 cas d'hérédo-syphilis (Cong. période. de Gynéc., d'Obstét. et de Péd., 1895, p. 771).

Marfan. — Syphilis héréditaire (Pédiâtrie prat. Lille, 1909, p. 260).

— Syphilis héréditaire (Presse médicale, 1896).

Parrot. — Athrepsie.

Perret. — Syphilis héréditaire (Mem. et comp. rend. Soc d. Sc. med. de Lyon, 1889-1890, p. 2, 67).

Pinard. — Que doit-on comprendre par cette dénomination, la syphilis héréditaire ? (Bull. Acad. med., Paris, 1899, p. 123).

— Prophylaxie de l'hérédo-syphilis (Rev. prat. d'Obst. et de Péd. Paris, 1899, p. 353).

Paris et *Salomon.* — Étude histolog. des organes hémato-

poïétiques chez l'enfant Syphili. héréd. (Arch. de Méd. exper. et Dermat. pathol. Paris, 1904, p. 113).

Poujol. — L'Hérédo-syphilis, un des principaux facteurs de la mortalité infantile indigène en Algérie (Bull. med. de l'Algérie, 1908, p. 149).

Raymond. — L'Hérédité dans la syphilis (Progrès med. Paris, 1899, p. 113).

Richard. — Des Stigmates d'héredo-syphilis tant spécifiques que dystrophiques (Rev. int. de Méd. et Chirurg. Paris, 1900, p. 271).

Radaux. — Des manifestations hérédo-syphilitiques du nouveau-né (Clinique Paris, 1910, p. 424).

Sauvage et *Levaditi.* — Sur un cas de syph. héréd. (Comp. rend. Soc. d'Obst. de Paris, 1906, p. 15).

Tissier et *Girauld.* — Syphilis congénitale (Bull. Soc. d'Obst. de Paris, 1908, p. 2).

Thiercelin. — Art. athrepsie (Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby).

Variot. — Art. atrophie et hypotrophie (Traité d'hygiène infantile.

— Syph. héréd. (J. de méd. int. Paris, 1908, Clinique infantile, 1913, p. 171.

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 2764-14